

WIJK/149/TV/JS



**bibliotheek**  
otterstraat 118-124  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729  
bibliotheek@nivel.nl  
www.nivel.nl

**DE ZORG VOOR ZUIGELINGEN EN KLEUTERS**

**T.M.L. Vorst-Thijssen**

**augustus, 1987**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Vorst-Thijssen, T.M.L.

De zorg voor zuigelingen en kleuters /  
T.M.L. Vorst-Thijssen. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onder-  
zoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-048-X

SISO 614.23 UDC 614-053.3/.4(492)

Trefw.: jeugdgezondheidszorg ; Nederland ; onderzoek.

## VOORWOORD

In het voorliggende rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters. Zowel via literatuurstudie als enquêtering in het veld zijn gegevens verzameld over dit deel van de jeugdgezondheidszorg dat zowel onderdeel is van de eerstelijnsgezondheidszorg als van de basisgezondheidszorg.

Het onderzoek richt zich voornamelijk op het functioneren van de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen in de verschillende varianten en organisatievormen waarin deze voorkomen in Nederland. Hierbij hebben niet alleen die personen aan het onderzoek meegewerkt die beroepshalve bij de consultatiebureaus betrokken zijn, maar ook de ouders van de kinderen die van deze zorgverlening gebruik maken. We bedanken hen allen voor hun bereidwilligheid.

Het onderzoek is gesubsidiëerd door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Het initiatief tot het doen van dit onderzoek is in eerste instantie uitgegaan van het NIVEL en de werkgroep Jeugdgezondheidszorg van het Nederlands Huisartsen Genootschap en in een latere fase mede gesteund door de Nationale Kruisvereniging.

Ter ondersteuning is een begeleidingscommissie in het leven geroepen, welke als volgt was samengesteld:

De heer dr. P.A. Verbraak, adjunct-directeur van de GG en GD te Rotterdam; de heer dr. A. Smits, psycholoog, medewerker aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en lid van de werkgroep Jeugdgezondheidszorg van het Nederlands Huisartsen Genootschap; de heer dr. E. van de Lisdonk, arts, lid van de werkgroep Jeugdgezondheidszorg van het Nederlands Huisartsen Genootschap; de heer drs. J. Drewes, stafmedewerker Nationale Kruisvereniging; mevrouw M. van Plateringen, jeugdarts, Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg; mevrouw drs. I. Jansen, Ministerie van WVC, hoofdafdeling eerstelijnsgezondheidszorg; de heer drs. R.J. Knaap, Ministerie van WVC, hoofdafdeling basisgezondheidszorg; mevrouw N. Eikelboom, Geneeskundige Hoofdinspectie; en mevrouw Drs. J.M. Bensing, directeur NIVEL.

We danken de leden van de commissie voor de constructieve bijdrage die ze hebben geleverd aan de totstandkoming van het onderzoek.

Aan de uitvoering van het onderzoek hebben een aantal NIVEL-medewerkers een bijdrage geleverd. De supervisie was in handen van mevrouw dr. A. Kerkstra. De heer J. Blaas verleende assistentie bij de verwerking van de gegevens. Het typewerk voor dit rapport is verzorgd door mevrouw J. Sanders.

Utrecht  
mei, 1987

# INHOUD

## VOORWOORD

<b>1. ALGEMENE INLEIDING</b>	9
1.1. Het ontstaan van het consultatiebureau	9
1.2. De plaats van het consultatiebureau binnen de gezondheidszorg	10
1.3. Doel van het onderzoek	12
1.4. Organisatievorm en teamsamenstelling van de consultatiebureaus	12
1.5. Overzicht van het rapport	13
<b>2. HET CONSULTATIEBUREAU IN DE PRAKTIJK</b>	15
2.1. Literatuuroverzicht	15
2.1.1. De functie en taken van het consultatiebureau	15
2.1.2. De verschillende vormen waarin het consultatiebureau voorkomt	19
2.1.3. De verschillende artsen die consultatiebureau houden	23
2.1.4. Knelpunten in de zorg voor 0-4 jarigen	24
2.1.5. Communicatie en samenwerking	26
2.1.6. Onderzoek dat is verricht onder de consumenten van het consultatiebureau	28
2.2. De vraagstellingen van het onderzoek	33
<b>3. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK</b>	36
3.1. De opzet van het onderzoek	36
3.2. Beschrijving van de meetinstrumenten	37
3.3. De consultatiebureauteams	38
3.3.1. Steekproeftrekking en respons	38
3.3.2. Achtergrondkenmerken van de consultatiebureau-medewerkers	41
3.4. De consumenten	46
3.4.1. Steekproeftrekking en respons	46
3.4.2. Beschrijving van de consumentensteekproef	48
3.5. Organisatievormen en teamsamenstellingen	49
3.5.1. Organisatievorm en teamsamenstelling van de consultatiebureaus	50
3.5.2. Organisatievorm en teamsamenstelling binnen de steekproef van de consumenten	55

<b>4. HET AANDEEL VAN HUISARTSEN, CB-ARTSEN EN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN IN DE ZORG VOOR ZUIGELINGEN EN KLEUTERS</b>	58
4.1. Het aantal consulten met 0-4 jarigen binnen het consultatiebureau	58
4.2. Hoeveel verschillende kinderen zien de bureaumedewerkers per jaar	61
4.3. Hoeveel tijd besteden de bureaumedewerkers aan consultatiebureauwerk	62
4.4. De contacten van de bureaumedewerkers met 0-4 jarigen buiten het consultatiebureau	64
4.5. Groepsvoorlichting aan ouders	65
4.6. Samenvatting	66
<b>5. DE TAAKVERDELING OP HET CONSULTATIEBUREAU</b>	69
5.1. De taakverdeling zoals die in de praktijk voorkomt	69
5.2. Verschillen tussen de beroepsgroepen	71
5.3. Verschillen bij de onderscheiden teamsamenstellingen	73
5.4. Verschillen binnen de consultatiebureauteams	74
5.5. Verschillen tussen bureaus oude stijl en nieuwe stijl	75
5.6. Redenen om wel of niet consultatiebureau te doen	76
5.7. Samenvatting	77
<b>6. KNELPUNTEN BINNEN HET CONSULTATIEBUREAU</b>	80
6.1. Knelpunten met betrekking tot de taakverdeling	80
6.1.1. Knelpunten genoemd door de bureaumedewerkers	80
6.1.2. Wensen ten aanzien van de taakverdeling	82
6.1.3. De gewenste taakverdeling en de teamsamenstelling	83
6.1.4. De relatie tussen genoemde knelpunten en de discrepantie tussen de feitelijke en gewenste taakverdeling	85
6.1.5. De relatie tussen enkele opvattingen over het consultatiebureau en knelpunten met betrekking tot de taakverdeling	86
6.1.6. De relatie tussen opleiding en bijscholing en knelpunten met betrekking tot de taakverdeling	88
6.2. Knelpunten met betrekking tot de organisatie van de consultatiebureaus	88
6.2.1. Knelpunten genoemd door de bureaumedewerkers	88
6.2.2. Organisatorische knelpunten en teamsamenstelling	90
6.2.3. Knelpunten bij bureaus oude en nieuwe stijl	91
6.2.4. De relatie tussen opleiding en bijscholing en de organisatie van het bureau	92
6.3. Samenvatting	92

<b>7. COMMUNICATIE EN SAMENWERKING BINNEN EN BUITEN HET CONSULTATIEBUREAU</b>	<b>95</b>
7.1. Communicatie en samenwerking binnen het consultatiebureau	95
7.1.1. De relatie tussen het ervaren van knelpunten en de kwaliteit van de samenwerking	99
7.1.2. De relatie tussen de teamsamenstelling en de kwaliteit van de samenwerking	99
7.1.3. De relatie tussen bureaus oude en nieuwe stijl en de kwaliteit van de samenwerking	100
7.2. Communicatie en samenwerking met de huisarts van het kind	101
7.2.1. Opvattingen over het consultatiebureau en de kwaliteit van contacten met de huisarts van het kind	104
7.2.2. De relatie tussen teamsamenstellingen en de kwaliteit van de contacten met de huisarts van het kind	105
7.2.3. De relatie tussen bureaus oude en nieuwe stijl en de kwaliteit van de contacten met de huisarts van het kind	106
7.3. Andere contacten van bureaumedewerkers buiten het consultatiebureau	106
7.3.1. Contacten met de eerste lijn en andere instanties	106
7.3.2. Contacten met disciplines in de tweede lijn	109
7.4. Samenvatting	110
<b>8. DE MENING VAN DE CONSUMENT OVER HET CONSULTATIEBUREAU</b>	<b>114</b>
8.1. Ouders die niet met hun kind op het consultatiebureau komen	114
8.1.1. Redenen om wel of niet het consultatiebureau te bezoeken	115
8.2. Hoe vaak hebben ouders contact met de medewerkers van het consultatiebureau?	117
8.3. Hoe tevreden zijn de ouders over het consultatiebureau	118
8.3.1. Algemene tevredenheid	119
8.3.2. Tevredenheid over de organisatie van het consultatiebureau	120
8.3.3. Tevredenheid over de uitvoering van het consultatiebureau	122
8.3.4. Tevredenheid over de inhoud van het consultatiebureau	129
8.4. Ervaringen van de ouders met het bureau nieuwe stijl	131

8.5.	Ervaringen van de ouders met de verschillende bureau-artsen	133
8.6.	Samenvatting	135
<b>9.</b>	<b>SLOTBESCHOUWING</b>	139
9.1.	Kanttekeningen bij het onderzoek	139
9.2.	Het functioneren van huisartsen en CB-artsen	140
9.3.	Een vergelijking tussen bureaus oude en nieuwe stijl	143
9.4.	Beleidsaanbevelingen	145
9.5.	Nader onderzoek	147
<b>LITERATUUR</b>		149
<b>BIJLAGEN</b>		
I	: vragenlijsten van bureaumedewerkers en consumenten	155
II	: gegevens over gemengde bureaus	217
III	: verschillen tussen feitelijke en gewenste taakverdeling	219
IV	: uitspraken over het consultatiebureau en de verschillende beantwoordingen ervan door de aparte beroepsgroepen	221
V	: overleg met de eerste lijn en andere instanties	223
VI	: oordeel over de kwaliteit van overleg	225
VII	: overleg met de tweede lijn	227
VIII	: oordeel van de ouders over een aantal onderwerpen die op het consultatiebureau aan de orde komen	228
IX	: aangegeven hiaten en suggesties van ouders	231



## 1. ALGEMENE INLEIDING

De zorg voor zuigelingen en kleuters wordt in Nederland door verschillende sectoren van de gezondheidszorg verleend. In de eerste plaats vallen de 0-4 jarigen onder de eerstelijnszorg in geval van curatieve contacten met de huisarts of de wijkverpleegkundige. Daarnaast zijn er de consultatiebureaus waar aan zuigelingen en kleuters en hun ouders preventieve zorg wordt verleend in het kader van de jeugdgezondheidszorg. Hierop ligt in ons onderzoek de nadruk en met name op het functioneren van deze consultatiebureaus in de verschillende verschijnings- en organisatievormen.

### 1.1. Het ontstaan van het consultatiebureau

Nederland telt momenteel ongeveer 3000 consultatiebureaus voor zuigelingen (0-1 jaar) en 2600 voor kleuters (1-4 jaar). Deze worden door 98% van de zuigelingen en ongeveer 86% van de kleuters bezocht (CBS, 1985). Dit is echter niet altijd zo geweest. Het eerste consultatiebureau voor zuigelingen dateert uit 1901 en werd in het leven geroepen door de Haagse kinderarts Plantenga. De belangrijkste reden hiervoor was de hoge zuigelingensterfte welke onder de armste groepen van de bevolking opliep tot 30% (Hengeveld, 1977). De voornaamste taken van het consultatiebureau waren dan ook periodiek geneeskundig onderzoek en voedingsvoorlichting. De bedoeling van deze arts was dat alle zuigelingen van de nieuwe voorziening gebruik zouden maken. Een wijkverpleegkundige ging daarom de gezinnen met zuigelingen bezoeken, nodigde hen uit naar het bureau te komen en gaf hen raad vanuit hun specifieke sociale en materiële omstandigheden. Naast deze individuele voorlichting werd door artsen en verpleegkundigen ook groepsvoorlichting gegeven over de verzorging van zuigelingen via moeder cursussen. In diezelfde tijd werd de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne opgericht door de arts Graanboom, met als doel de kinderhygiëne te bevorderen en activiteiten op dit terrein te coördineren.

Het initiatief van Dr. Plantenga vond na enige aarzeling op meer plaatsen in het land navolging. Hier en daar werden er speciale verenigingen voor opgericht; op andere plaatsen werden zuigelingenbureaus georganiseerd vanuit de kruisvereniging of GG en GD. Na de tweede wereldoorlog nam het aantal bureaus versneld toe en heeft

het consultatiebureau zich uitgebreid tot een bijna volledig bereik van alle zuigelingen in Nederland.

Het kleuterconsultatiebureau is pas later ontstaan. Het eerste bureau werd in 1926 in Arnhem opgericht vanuit de Vereniging Kleuterzorg (Swaak, 1986a). De verspreiding van deze bureaus is langzamer gegaan en het bereik blijft ook nu nog achter bij dat van zuigelingen. Het is nog steeds zo dat hoe ouder de kleuter, des te geringer het aantal van hen dat een consultatiebureau bezoekt: Van de 1-jarigen komt 96,8%, van de 4-jarigen nog maar 69,9% (Swinkels, 1985).

Waren de artsen die de consultatiebureaus leidden oorspronkelijk bijna allen kinderarts, momenteel zijn dit vaak huisartsen en vaker nog speciale consultatiebureau-artsen. Hoewel de taken van de consultatiebureaus in de loop der jaren wel zijn uitgebreid, ligt het verschil met vroeger toch vooral in de uitvoering ervan. Een aantal taken wordt steeds intensiever uitgevoerd.

## **1.2. De plaats van het consultatiebureau binnen de gezondheidszorg**

Hoewel niet iedereen het daarmee eens is wordt de jeugdgezondheidszorg doorgaans gerekend tot de basisgezondheidszorg.

Belangrijkste kenmerken van deze sector zijn:

1. Het overwegend signalerend, preventief en positief bewakend karakter;
2. het groepsgewijs benaderen van een (sub)populatie;
3. programmering van de zorg op grond van epidemiologische analyse;
4. de totale populatie of een gehele risicogroep daaruit is doelgroep (Schets van de Eerstelijns Gezondheidszorg, 1980).

Deze preventieve jeugdgezondheidszorg richt zich zowel gevraagd als ongevraagd op alle kinderen, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een ziekte of storing in de ontwikkeling.

De organisatie van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, berust bij de talrijke erkende kruisverenigingen. (Alleen in Amsterdam worden de bureaus door de GG en GD georganiseerd). Deze gaan daarin betrekkelijk zelfstandig te werk. Eensluitende normen voor uitvoering en controle zijn niet altijd duidelijk geformuleerd. De leiding van een individueel consultatiebureau berust doorgaans bij een arts, die hierbij samenwerkt met een wijkverpleegkundige. Er zijn verschillende soorten artsen die dit werk doen: huisartsen, jeugdartsen (zogenaamde 'mevrouw-artsen') en kinderartsen.

De artsen en verpleegkundigen op de bureaus worden bijgestaan en ondersteund door provinciale artsen JGZ en op regionaal niveau door districtsartsen en districtsverpleegkundigen. Deze districtsartsen en -verpleegkundigen hebben geen formele zeggenschap over de gang van zaken op de bureaus. Tot hun taak behoort onder meer de bewaking van de kwaliteit van de zorg, het (doen) verzorgen van scholing en bijscholing, de introductie en instructie van nieuwe werkvormen, het samenstellen van beleidsvoorbereidende adviezen en het verrichten of begeleiden van epidemiologisch gericht onderzoek.

Behalve met deze provinciale en regionale instellingen worden vanuit het consultatiebureau indien nodig contacten onderhouden met voorzieningen uit de eerstelijns- en de tweedelijnsgezondheidszorg en met VTO-teams in de vorm van overleg, consultatie of verwijzingen. Verwijzingen naar de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg dienen vanuit het consultatiebureau altijd via de huisarts van het desbetreffende kind plaats te vinden en geschieden voornamelijk naar: audiologische centra, fysiotherapie, logopedie\*, kinderarts, KNO-arts, orthopaed en RIAGG. Daarnaast vinden er ook verwijzingen plaats naar de volgende instanties: maatschappelijk werk, medisch kleuter dagverblijf, stichting spel- en opvoedingsvoorlichting, eerstelijnspsycholoog en VTO-teams. VTO-teams (VTO = vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen) zijn multidisciplinaire teams die minimaal bestaan uit een arts, maatschappelijk werker, psycholoog en (ortho)pedagoog. Ze dienen onnodig doorverwijzen naar de tweede lijn te voorkomen, doorverwijzingen via de juiste kanalen te laten verlopen en eventueel ouders te begeleiden. Al de genoemde instanties die niet direct tot de gezondheidszorg behoren, kunnen rechtstreeks benaderd worden door de medewerkers van het consultatiebureau, de huisarts van het kind en ook door de ouders.

Met alle genoemde gezondheidszorginstellingen en andere instanties waarnaar wel eens wordt verwezen, kan door de bureaumedewerkers contact opgenomen worden voor overleg of consultatie. Dit soort contacten kan buiten de huisarts om geschieden en wordt behalve met de genoemde instellingen en instanties ook wel gelegd met verloskundige, kraamzorg of vertrouwensarts.

\* Verwijzing naar logopedie kan soms ook rechtstreeks geschieden vanuit het consultatiebureau, afhankelijk van de voorwaarden van het ziekenfonds.

Zowel 'mevrouw-artsen' als huisartsen die consultatiebureau doen zijn in dienst van een kruisvereniging ofwel via een vast dienstverband ofwel op contractbasis. Wijkverpleegkundigen hebben altijd een vast dienstverband met een kruisvereniging.

### **1.3. Doel van het onderzoek**

Zoals uit de vorige paragraaf blijkt, zijn er geen eensluidende normen voor de uitvoering van de consultatiebureaus en worden ze tevens door personen uit verschillende disciplines geleid. Daarnaast is de organisatievorm niet op alle bureaus hetzelfde. Deze veelvormigheid doet de vraag rijzen in hoeverre de verschillende consultatiebureaus op een verschillende wijze functioneren. Dit brengt ons bij het doel van het onderzoek, dat uiteengelegd kan worden in een aantal subdoelen.

Ten eerste beoogt het onderzoek te inventariseren in welke vorm en in welke mate huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen werkzaam zijn op het gebied van de zorg voor 0-4 jarigen, zowel binnen de zuigelingen- en kleuterbureaus als daarbuiten. Ten tweede zal worden onderzocht welke knelpunten de betrokken hulpverleners ervaren in de zorg voor 0-4 jarigen en in hoeverre deze knelpunten samenhangen met de verschillende organisatievormen van het consultatiebureau. Ten derde zal worden nagegaan hoe de communicatie en samenwerking tussen de betrokken hulpverleners verloopt, zowel binnen als buiten het consultatiebureau.

Tenslotte is bij een evaluatie van de verschillende varianten waarin de consultatiebureaus worden gehouden, ook de kant van de gebruikers van deze voorziening, de ouders van de 0-4 jarigen, van belang. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen een feitelijk gegeven als de deelname aan het consultatiebureau en subjectieve gegevens zoals de tevredenheid met de gang van zaken bij verschillende uitvoeringsvormen. In hoofdstuk 2 zullen deze doelstellingen nader worden uitgewerkt tot vraagstellingen voor het onderzoek.

### **1.4. Organisatievorm en teamsamenstelling van de consultatiebureaus**

Om genoemde onderzoeksdoelen te bereiken, is het noodzakelijk vooraf aan te geven welke de kenmerken zijn waarop de verschillende consultatiebureaus zich van elkaar onderscheiden. Deze kenmerken vormen in het onderzoek de belangrijkste onafhankelijke variabelen.

In de eerste plaats kan de samenstelling van het consultatiebureau-team variëren. De verschillen in de teamsamenstelling wordt bepaald door een combinatie van de volgende factoren:

1. Het soort hulpverlener dat binnen het consultatiebureau-team werkzaam is: huisarts, CB-arts, kinderarts, jeugdarts, wijkverpleegkundige en jeugdverpleegkundige;
2. de mate van samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige, die samen een team vormen, buiten het consultatiebureau: gezondheidscentrum, hometeam, ongestructureerde samenwerking of geen enkele samenwerking;
3. het consultatiebureau houden voor kinderen wel of niet uit eigen praktijk of wijk;

Voorbeelden van teamsamenstellingen zijn: Een CB-arts en een wijkverpleegkundige houden samen consultatiebureau voor de kinderen uit de wijk van de wijkverpleegkundige; of een huisarts en een wijkverpleegkundige die samenwerken in een gezondheidscentrum houden consultatiebureau voor de kinderen uit de praktijk van de huisarts.

Een tweede kenmerk is de organisatievorm van het consultatiebureau oude of nieuwe stijl. Op de bureaus 'oude stijl' worden ouders en kinderen altijd zowel door de arts als door de wijkverpleegkundige gezien; ofwel gelijktijdig ofwel na elkaar. Kenmerkend voor het bureau 'nieuwe stijl' is dat een aantal van de consulten zelfstandig door de wijkverpleegkundige wordt gehouden; de ouders zien dan bij bezoek aan het consultatiebureau geen arts. Hoe vaak de wijkverpleegkundige zelfstandig consulten verricht en welke taken ze dan uitvoert varieert per bureau. Of de arts daarnaast ook consulten alleen houdt of altijd samen met een wijkverpleegkundige is ook verschillend. Het is wel zo dat, wanneer de wijkverpleegkundige zelfstandig consulten verricht, de arts bereikbaar dient te zijn om zodanig direct geconsulteerd te kunnen worden. Deze vorm van bureau houden wordt ook wel 'verpleegkundig bureau' of 'bureau in samenwerkingsverband' genoemd.

In hoofdstuk 3 geven we aan in welke mate deze kenmerken in onze steekproef voorkomen en hoe op grond daarvan de onderzoekspopulatie in deelpopulaties kan worden onderscheiden.

### **1.5. Overzicht van het rapport**

Aan het einde van deze algemene inleiding geven we u een overzicht van de verdere opbouw van het rapport.

Hoofdstuk 2 bevat een literatuuroverzicht dat inzicht verschaft in

de ontwikkelingen rond het consultatiebureau in de laatste decennia. Tegen de achtergrond van deze literatuur worden de vraagstellingen van het onderzoek uitgewerkt.

In hoofdstuk 3 wordt beschreven hoe het onderzoek is opgezet en welke meetinstrumenten worden gebruikt om genoemde vraagstellingen te beantwoorden. Hier komt ook de steekproeftrekking ter sprake en wordt de samenstelling van de onderzoekspopulatie beschreven, zowel van de werkers op het consultatiebureau als van de consumenten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving en weergave van de omvang van de verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen van de consultatiebureaus die voorkomen in het onderzoek.

Hoofdstuk 4 tot en met 8 bevatten de onderzoeksresultaten. In elk hoofdstuk wordt een apart deel van de vraagstellingen behandeld en wel als volgt. Hoofdstuk 4 behandelt de vragen over omvang en tijdsbesteding. Hierin worden behalve de door ons verzamelde gegevens ter vergelijking of ter aanvulling cijfers opgenomen welke uit secundair materiaal afkomstig zijn. In hoofdstuk 5 wordt de taakverdeling tussen de artsen en de wijkverpleegkundigen tijdens de consultatiebureauezittingen besproken. Hoofdstuk 6 gaat over knelpunten in de zorg voor 0-4 jarigen, zoals ervaren door de verschillende beroepsgroepen. Hoofdstuk 7 is gewijd aan hoe de communicatie en samenwerking binnen en met instanties buiten het consultatiebureau is georganiseerd en hoe dit in de praktijk functioneert. Hoofdstuk 8 werpt licht op de ouders van de 0-4 jarigen, de consumenten. Hier komt onder meer ter sprake wat zij van het consultatiebureau vinden, hoe frequent ze het bureau bezoeken, waarom ze dat doen etcetera. In alle analyse-hoofdstukken (4 tot en met 8) wordt steeds gekeken naar eventuele verschillen tussen de te onderscheiden vormen van consultatiebureaus. In hoofdstuk 9 wordt teruggekeken op de resultaten van het onderzoek, worden conclusies getrokken en een aantal (beleids)aanbevelingen gedaan.

## 2. HET CONSULTATIEBUREAU IN DE PRAKTIJK

### 2.1. Literatuuroverzicht

In dit hoofdstuk schetsen we aan de hand van de literatuur een beeld van de consultatiebureaus zoals ze er in de praktijk uitzien. De in 1.3 omschreven onderzoeksdoelen vormen hierbij een leidraad. Na het literatuuroverzicht zullen de vraagstellingen van het onderzoek worden geformuleerd.

#### 2.1.1. De functie en taken van het consultatiebureau

De voormalige Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne (1972) heeft de doelstelling van de jeugdgezondheidszorg als volgt omschreven: 'Het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen'. Dit doel diende volgens haar bereikt te worden door: Begeleiding van groei en ontwikkeling; vroege opsporing van pathologie; beïnvloeding in positieve zin van de wisselwerking tussen gezondheid en milieu; gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en samenwerking met andere personen en instellingen die zorg verlenen aan jeugdigen. Deze opsomming lijkt redelijk aan te geven wat de functie van het consultatiebureau dient te zijn, zowel voor zuigelingen als voor kleuters. In het boekje 'Functie- en taakomschrijving voor een jeugdarts in een jeugdgezondheidszorgteam' heeft de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (1985) deze doelstelling omgezet in concrete taken voor het consultatiebureau. Zij maakt hierbij onderscheid tussen A-taken, taken die **tijdens** een consultatiebureauzitting worden uitgevoerd en B-taken, die **buiten** de consultatiebureauzittingen worden uitgevoerd. In ons onderzoek zijn we voornamelijk geïnteresseerd in deze A-taken, waar- toe we ons dan ook zullen beperken en die in genoemde publicatie als volgt worden omschreven:

1. Volgen van groei en ontwikkeling:
  - Somatische ontwikkeling;
  - psycho-motorische ontwikkeling;
  - emotionele ontwikkeling;
  - sociale ontwikkeling;
  - communicatieve ontwikkeling (taal/spraak).
2. Signaleren van pathologische afwijkingen; het beoordelen van de gezondheidstoestand in lichamelijk, intellectueel en emotioneel opzicht met behulp van:

- Kennisname van vroeger vastgestelde gegevens;
- anamnese;
- lichamelijk onderzoek;
- observatie van het gedrag van het kind, ook waar het de relatie van het kind met de omgeving betreft;
- het vormen van een oordeel over de leefsituatie ten aanzien van de gezondheid bedreigende factoren;
- speciale gerichtheid op vroege onderkenning van pathologische afwijkingen en van ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld door zintuigonderzoek).

### 3. Vaccineren.

#### 4. Begeleiden van/hulp verlenen aan ouders:

- Ingaan op vragen van ouders;
- nagaan of ouders zich voldoende geholpen weten;
- bespreken van de resultaten van het onderzoek;
- informatie en voorlichting geven (GVO);
- bevorderen c.q. bestendigen van de zelfredzaamheid van ouders ten aanzien van de handhaving van de gezondheidstoestand en opvoeding van hun kinderen;
- adviseren, verwijzen, follow-up.

#### 5. Registratie van verkregen gegevens en conclusie (samenvatting) in het daarvoor bestemde gezondheidszorgdossier.

#### 6. Voor- en nabespreking met de teamgenoten over bevindingen bij jeugdigen.

#### 7. Overige werkzaamheden, samenhangend met onderzoek, vaccinatie en screening.

Deze opsomming van taken wordt door de CB-artsen gehanteerd als richtlijn bij hun werk. Voor de goede orde dient hier vermeld dat wanneer in dit rapport over consultatiebureau-arts wordt gesproken, hiermee **niet** iedere arts bedoeld wordt die consultatiebureau doet, maar **alleen** de CB-arts (de zogenaamde mevrouw-arts) die geen huisarts is, hiervoor vaak een opleiding heeft gehad en in dienst is van een kruisvereniging.

Met huisarts bedoelen we alle huisartsen die consultatiebureau houden, ongeacht of ze dit doen voor de kinderen uit hun eigen praktijk of niet.

Met wijkverpleegkundigen worden behalve wijkverpleegkundigen die de aantekening maatschappelijke gezondheidszorg hebben behaald of de HBO-V-opleiding hebben voltooid, ook de verpleegkundigen in de wijk bedoeld. Wijkziekenverzorgenden blijven in dit onderzoek buiten beschouwing, omdat deze, indien ze consultatiebureauwerk doen, slechts



een assisterende functie hebben.

In het basistakenpakket van de huisarts dat in 1983 door de Landelijke Huisartsen Vereniging is opgesteld, wordt een gedeelte van deze A-taken ook genoemd en wel die taken die onder punt één tot en met drie vermeld staan. De taken omtrent de begeleiding van de ouders (punt 4) worden door hen niet zo expliciet genoemd, zij volstaan met de zinsnede 'gezinsgeneeskundige aspecten erbij betrekken'. De taken genoemd onder punt vijf, zes en zeven worden door hen helemaal niet aangegeven.

Voor de wijkverpleegkundigen hebben we geen specifieke taak- of functieomschrijving voor het consultatiebureau werk kunnen vinden. In het wijk-administratiesysteem (WAS) zijn hiervoor geen aparte categorieën opgenomen en het zorgpakket jeugdgezondheidszorg/kruiswerk voor het consultatiebureau, opgesteld door een speciale werkgroep binnen de Nationale Kruisvereniging (MGZ, oktober 1984) maakt geen onderscheid tussen taken voor wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen. Aan de hand van een beschrijving in Uitgangspunten en beleidsaanbevelingen voor de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk (Nationale Kruisvereniging, 1978, pagina 15 en 17) hebben we bekeken welke taken uit de gepresenteerde lijst van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg ook door de wijkverpleegkundigen worden verricht. We zien dan dat de onder punt vier, vijf en zes genoemde taken zeker tot het werk van de wijkverpleegkundige behoren. Wat betreft het volgen van groei en ontwikkeling (punt een) wordt alleen genoemd VTO met betrekking tot de psycho-motorische ontwikkeling van het kind en regelmatige controle op de groei via meten en wegen.

De andere taken uit de lijst komen in de beschrijving niet voor; wel expliciet worden nog de volgende taken genoemd:

- Het geven van voedingsvoorlichting;
- het geven van opvoedingsvoorlichting;
- het bevorderen van een goede relatie tussen ouder en kind;
- het afleggen van huisbezoek in verband met het consultatiebureau.

Alles bij elkaar is het globaal wel duidelijk wat er op het consultatiebureau wordt gedaan, maar de opsommingen zijn niet éénduidig en vermelden geen van alle precies welke taken door welke persoon dienen te worden uitgevoerd of alleen onder supervisie van een bepaalde persoon. Ook wordt er nergens onderscheid gemaakt tussen aparte taken voor het zuigelingen- en het kleuterbureau.

Op enkele taken van het consultatiebureau willen we nader ingaan,

omdat ze veelvuldig in de literatuur besproken worden. Bovendien illustreren deze taken dat de uitvoering ervan niet eenvormig geschiedt.

Allereerst de **registratie** van gegevens en conclusies die op het consultatiebureau worden verkregen. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) zegt hierover dat er een gestandaardiseerd registratiesysteem dient te komen met een voorgeschreven verslaglegging. Tot voor kort werd op veel plaatsen in het land gebruik gemaakt van de zogenaamde 'drieluik'-kaart. Dit registratiesysteem voldeed echter niet helemaal en diende bovendien geactualiseerd te worden. De 'Commissie Herziening Drieluik' van de Nationale Kruisvereniging heeft daarom in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg een nieuw registratiesysteem ontworpen. Dit 'Dossier Jeugdgezondheidszorg' is begin 1983 door de Nationale Kruisvereniging uitgebracht, vergezeld van een uitgebreide gebruiksaanwijzing. Het is een losbladig systeem geworden waarin ruimte is voor perinatale gegevens en de mogelijkheid is ingebouwd om op een later tijdstip tot integratie met de registratie van de schoolgezondheidszorg te komen. Ook is het systeem afgestemd op het systematisch toepassen van het zogenaamde herziene van Wiechenschema, dat veel wordt gebruikt bij VTO-onderzoek (Nationale Kruisvereniging, 1986).

Als registratiesysteem dat niet alleen voor diegenen bestemd is die op het consultatiebureau werkzaam zijn maar met name voor de ouders wijzen we op het **Groeiboek** (Bureau Gezondheidsvoorlichting, 1984). Het is bedoeld als steun aan de ouders in de verschillende stadia van groei en ontwikkeling van het kind van 0-4 jaar. Oorspronkelijk opgezet en uitgegeven door het Stedelijk Orgaan GVO te Den Haag in 1978 geniet het nu landelijke bekendheid en waardering. Uit onderzoek is gebleken dat het een bruikbaar en effectief hulpmiddel is voor ouders en consultatiebureau medewerkers (Van Lanschot Hubrecht en Bodnar, 1986).

**VTO**, dat staat voor vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen, is een begrip dat veel taken van het consultatiebureau omvat. Voor een aantal VTO-taken zijn specifieke hulpmiddelen ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld het van Wiechenschema dat steeds vaker op consultatiebureaus wordt gebruikt. In 1983 is hiervan een herzien werkboek verschenen, uitgegeven door de Kruisvereniging West-Overijssel, waar het indertijd door dokter van Wiechen was ontwikkeld. In januari 1986 is het door de Nationale Kruisvereniging als landelijk te gebruiken hulpmiddel gepresenteerd. Het dient als

referentie voor wijkverpleegkundige en arts bij het bepalen of en in hoeverre er sprake is van afwijkingen van het normale ontwikkelingspatroon. Behalve het van Wiechenschema worden er op een aantal bureaus soortgelijke hulpbronnen gebruikt om ontwikkelingsstoornissen te onderkennen, zoals in Zuid-West Drenthe waar bijvoorbeeld gebruik wordt gemaakt van de DOS-test, de Denver Ontwikkelings Screeningstest (Dantuma, 1978). De bedoeling van de Nationale Kruisvereniging is dat het herziene van Wiechenschema op den duur landelijk gebruikt zal gaan worden. In de opzet van het Dossier Jeugdgezondheidszorg is hier, zoals boven vermeld, reeds rekening mee gehouden. Welke methode er ook wordt gebruikt, uit allerlei onderzoek komt in ieder geval duidelijk naar voren dat een goede bijscholing van de personen die er in de praktijk mee werken een eerste vereiste is (Dantuma e.a., 1978; Schlesinger-Was, 1986).

Van belang zijn ook de **screeningstesten** voor de **gehoorontwikkeling**, omdat het gehoor mede bepalend is voor spraak- en taalontwikkeling van het kind. Bovendien komt men via gehoorafwijkingen nog wel eens andere ontwikkelingsstoornissen op het spoor. Er zijn momenteel drie verschillende gehoortesten in gebruik: de Ewingtest, de Boel-test en de test volgens de methode Swaak. De laatstgenoemde maakt, in tegenstelling tot de andere methoden, gebruik van observaties door de ouders (Swaak, 1986b). De Ewing- en Boel-test worden door bureaumedewerkers òf tijdens het consultatiebureau òf op speciale zittingen afgenomen. Alle drie de testen hebben ongeveer dezelfde opsporingsresultaten (Schlesinger-Was, 1986). Gezamenlijk hebben ze een bereik van ruim 80% van de kinderen van 0-4 jaar. Tenslotte wijzen we nog op een veelbesproken probleem dat speelt bij alle screenings- en VTO-onderzoek, namelijk het verkrijgen van fout-positieve uitslagen, waarbij ten onrechte stoornissen worden gemeld. Dit kan leiden tot onnodige medicalisering van een aantal kinderen. De vraag rijst hoeveel ouders je hiermee nodeloos ongerust maakt en of de baten wel tegen de kosten opwegen (de Winter, 1986). In ieder geval dienen de screeningsmethoden steeds kritisch te worden geëvalueerd en waar mogelijk geperfectioneerd om fout-positieve uitslagen tot een minimum te beperken.

### **2.1.2. De verschillende vormen waarin het consultatiebureau voorkomt.**

De wijze waarop de consultatiebureaus momenteel opereren is niet alleen kwantitatief en kwalitatief anders dan in het begin van deze eeuw, ook de vorm waarin dit onderdeel van de jeugdgezondheidszorg gestalte krijgt wijkt sterk af van vroeger en kent grote plaatselijke verschillen.

Er zijn nog steeds zuigelingen- en kleuterbureaus waar op iedere zitting een kinderarts en een wijkverpleegkundige zijn, die samen ouder en kind van dienst zijn. De kinderarts is echter op de meeste plaatsen vervangen door een huisarts of een CB-arts. Deze ontwikkeling is af te lezen uit de Jaarverslagen jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, die tot 1985 door de Geneeskundige Hoofdinspectie werden verzorgd, maar sinds 1986 door de Nationale Kruisvereniging worden uitgebracht.

Behalve dus veelal andere artsen, waar we in de volgende paragraaf op terugkomen, zijn er ook andere organisatievormen van het consultatiebureau ontstaan. De meest voorkomende andere vorm is het bureau 'nieuwe stijl', welke reeds ter sprake kwam in paragraaf 1.4. Er zijn verschillende modellen ontworpen en beproefd voor het werken met een bureau nieuwe stijl, zie o.a. Bouvy-Verbeeten (1975), Rasker-Krijgsman (1975), Kruisvereniging Eindhoven (1984) en Bodnar e.a. (1981). Deze rapporten geven alle een meer of minder uitgebreide taakverdeling tussen arts en wijkverpleegkundige weer en geven de tijdstippen aan waarop de kinderen op het bureau door één of beide functionarissen gezien dienen te worden. Zeer uitgebreid gebeurt dit door Bouvy-Verbeeten, zij geeft bovendien duidelijk aan dat, welke verdeelsleutel er ook wordt gebruikt, de arts verantwoordelijk blijft voor het totale gebeuren op het consultatiebureau.

Bureaus nieuwe stijl vereisen dus een duidelijke taakverdeling die, indien goed opgezet en in goede samenwerking uitgevoerd, tot optimale zorg voor zuigelingen en kleuters kan leiden (Smit, 1970). Er dient dan echter wel aan een aantal voorwaarden voldaan te worden, waarvan de belangrijkste zijn:

- De taakverdeling moet voor alle betrokkenen duidelijk en aanvaardbaar zijn.
- De wijkverpleegkundige moet voldoende opleiding, scholing of bijscholing hebben gehad om zelfstandig bureau-zittingen te kunnen leiden (Kruisvereniging Eindhoven, 1984).
- De wijkverpleegkundige moet genoeg kinderen zien per jaar c.q. uren consultatiebureau doen per jaar. Het zou zelfs wenselijk zijn dat er specialisten komen per basiseenheid of per erkende kruisvereniging voor de jeugdgezondheidszorg (Smit, 1970). Hoewel er andere stemmen opgaan, die juist zeggen dat de wijkverpleegkundige alleen consultatiebureau dient te doen voor kinderen uit haar eigen wijk in verband met haar kennis van de achtergronden van het gezin en met het oog op de continuïteit van zorg (Mennen, 1983; Hergreen e.a., 1981).
- Er dient voldoende begeleiding te zijn vanuit de regionale of pro-

vinciale jeugdgezondheidszorg ter consultatie en voor de nodige voorlichting en bijscholing.

- Er dient door alle betrokkenen goed geregistreerd te worden als onmisbare schakel voor de samenwerking (Smit, 1970).
- Er dient voldoende tijd voor nabespreking te worden uitgetrokken voor het uitwisselen van informatie over wat ieder apart aan bevindingen en problemen heeft ondervonden met de kinderen (Castelijns, 1983).

Wat zijn nu de redenen om de consultatiebureau-opzet zo ingrijpend te veranderen, waar komt de steeds toenemende onvrede in het veld vandaan?

Als eerste reden wordt genoemd dat de taken van het consultatiebureau steeds uitgebreider en intensiever worden, terwijl de arts en wijkverpleegkundige vaak geen mogelijkheden hebben er extra tijd voor uit te trekken (Mennen, 1983). Bovendien dient men zich te houden aan bepaalde vastgestelde tijdsnormen, waardoor er per kind slechts een beperkt aantal minuten beschikbaar is. Hierbij komt dat veel wijkverpleegkundigen het gevoel hebben dat hun deskundigheid niet optimaal wordt benut (Kruisvereniging Eindhoven, 1984). Het zelfstandig uitvoeren van een aantal typisch wijkverpleegkundige taken op een eigen bureau-zitting zou hieraan meer recht doen gelden. Verder blijkt dat ook de ouders niet altijd tevreden zijn over het consultatiebureau. Enkele klachten zijn:

- De onderwerpen die op het bureau naar voren worden gebracht, zijn lang niet altijd de onderwerpen, waar ze zelf iets over zouden willen horen (Enquête Zuigelingenverzorging Doesburg/Angenlo, 1982).
- Er is te weinig persoonlijke aandacht voor hun gezin of voor de moeder/kind relatie (Roorda, 1983).
- Ze krijgen geen of onvoldoende antwoord op de door henzelf aangebrachte problemen (Doomen, 1983).

Via de bureaus nieuwe stijl tracht men een aantal van genoemde problemen te ondervangen. Behalve een werkverbetering voor de uitvoerenden van het consultatiebureau kan naar verwachting beter ingespeeld worden op de wensen en behoeften van de ouders (Castelijns, 1983). Immers, zij krijgen op de wijkverpleegkundige consulten meer aandacht, wat kan leiden tot een betere communicatie tussen ouder en wijkverpleegkundige. Ook zou hierdoor de psychologische drempel tussen ouders en consultatiebureau verlaagd kunnen worden (Bodnar e.a., 1981). Hoewel zowel arts als wijkverpleegkundige op het bureau nieuwe stijl het kind minder vaak zien, zijn de contacten langer en intensiever, omdat de ouders meerdere malen maar met één deskundige tegelijk te maken hebben (Castelijns, 1983; Kruisvereniging Eindhoven, 1984).

Behalve de bureaus 'nieuwe stijl' worden er nog meer nieuwe vormen van consultatiebureau gehouden of uitgeprobeerd. Twee daarvan willen we even apart noemen omdat ze vrij vaak voorkomen. Op de eerste plaats de **groepsbureaus**. Hier worden enkele ouders, variërend van 4 tot 8, gelijktijdig opgeroepen en met hen worden in de groep al de persoonlijke ervaringen en problemen die zij met hun kinderen onder vinden doorgesproken. De opgetelde consulttijden zijn dan richtinggevend voor de duur van de groepsbijeenkomst. Op deze wijze horen ouders veel meer dan in de korte tijd die ze voordien hadden en waarin heel snel alles aan de orde diende te komen. Ze zien bovendien hoe andere ouders met hun kinderen omgaan en leren de wijkverpleegkundige en arts beter kennen. Deze laatsten behoeven dan ook niet meer op één middag steeds weer achter elkaar al de ouders dezelfde dingen te vertellen, waarbij met name opvoedkundige problemen er nogal eens bij inschieten (Veldkamp, 1985).

Opvoedkundige vragen en problemen komen namelijk steeds vaker voor doordat ouders minder kinderen hebben en zich onzeker voelen op dit terrein. Dit blijkt onder meer uit een onderzoek in Leiden waar ouders vinden dat ze op het consultatiebureau onvoldoende steun krijgen bij opvoedingsproblemen (Carlier e.a., 1985). Ook artsen vinden zichzelf vaak niet bekwaam genoeg om opvoedingsproblemen en problemen over de psycho-sociale ontwikkeling van het kind op te lossen (Hoofd, 1982). Dit brengt ons bij de tweede 'afwijkende' vorm van bureau houden, namelijk het **opvoedkundige bureau**. Hierbij wordt aan de bureaus mede leiding gegeven door een pedagoog, welke de consulttijd van de arts gedeeltelijk of geheel overneemt. De wijkverpleegkundige is altijd betrokken bij deze pedagogische bureaus. Het **geheel** vervangen van de arts door een pedagoog wordt door ouders niet altijd aanvaard, zodat er dan keuzes gemaakt dienen te worden (Hoofd, 1982). Pedagogische bureaus zijn meestal kleuterbureaus en tevens groepsbureaus (Schilder, 1982; Hoofd, 1982); er zijn echter ook kleuterbureaus, die alleen een pedagogisch spreekuur hebben (Schrama, 1974). In Rotterdam tenslotte wordt er op twee plaatsen geëxperimenteerd met groepsbureaus welke reeds beginnen wanneer de baby ongeveer 3 maanden is en doorlopen tot het einde van de consultatiebureauleeftijd. Deze groepjes blijven door de jaren heen ongeveer gelijk. Tot nu toe werkt dit tot grote tevredenheid van ouders en uitvoerenden van het consultatiebureau, hoewel het iedereen wel extra tijd kost (Verberne en Haag, 1982; Faddegon, 1984).

### 2.1.3. De verschillende artsen die consultatiebureau houden

Al een paar keer is ter sprake gekomen dat consultatiebureaus door verschillende artsen worden geleid, wat tot verschillen zou kunnen leiden in het functioneren van consultatiebureaus. In deze paragraaf geven we aan welke artsenkenmerken in de literatuur worden genoemd als zijnde verantwoordelijk voor eventuele verschillen.

In het Interimadvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) worden wijkverpleegkundigen en huisartsen aangewezen als directe uitvoerenden van het consultatiebureau. Jeugdartsen zouden moeten zorgdragen voor coördinatie, supervisie, epidemiologische registratie en dienen beschikbaar te zijn voor consultatie door de huisarts. Dit advies heeft veel reacties uitgelokt, waarvan hier de belangrijkste worden samengevat.

Van de huisarts wordt gezegd dat hij/zij meer kennis heeft over het gezin en de sociale achtergronden van het kind. Dit vanwege het feit dat de kinderen die hij/zij op het consultatiebureau ziet meestal uit de eigen praktijk komen en hij/zij ze ook nog ziet buiten het consultatiebureau, bijvoorbeeld wanneer ze ziek zijn. De huisarts zou daardoor sneller kunnen inschatten wanneer er sprake is van ontwikkelingsstoornissen (Crebolder, 1979; Van de Lisdonk e.a., 1981; Van Dongen, 1985). Vaak zal de huisarts bovendien op het consultatiebureau samenwerken met dezelfde wijkverpleegkundige waarmee hij/zij ook buiten het consultatiebureau samenwerkt. Vooral gezondheidscentra en hometeams zijn hier voorbeelden van (Boerma e.a., 1984), wat kan leiden tot een optimale begeleiding van ouder en kind. Ook wordt wel aangevoerd dat de huisarts als gezinsarts medicalisering zou kunnen voorkomen, iets wat voor consultatiebureau-artsen sneller zou optreden (Huygen, 1981).

Uitdrukkelijk wordt door velen naar voren gebracht dat dit alles alleen opgaat indien de huisarts aan bepaalde voorwaarden voldoet. Is er in de (huis)artsenopleiding niet voldoende aandacht aan het consultatiebureauwerk besteed, wat nog veelvuldig voorkomt, dan dienen na- of bijscholingscursussen gevolgd te worden. Ook zou hij/zij een minimaal\* aantal uren per jaar consultatiebureau dienen te doen of een minimaal\* aantal kinderen per jaar dienen te zien op het consultatiebureau om voldoende ervaring te verwerven en/of te behouden. Wordt echter aan deze voorwaarden voldaan, dan kan door de huisarts gezorgd worden voor continuïteit van zorg in de eerste lijn, waarbij curatie en preventie door één en dezelfde persoon worden uitgevoerd (Van Aalderen en Knottnerus, 1978).

\* Over de hoogte van deze grenzen zijn de meningen nogal verdeeld.

Consultatiebureau-artsen daarentegen hebben een meer specifieke opleiding gehad: Ze zijn ofwel jeugdarts of zijn via applicatiecursussen bijgeschoold voor het consultatiebureauwerk en daardoor deskundiger te noemen (GHI, 1980). Ook zien ze per jaar veel meer gezonde kinderen in de consultatiebureauleeftijd en waardoor ze meer vergelijkingsmateriaal hebben ter beoordeling van wat gezond en normaal is en wat niet (Bouma, 1980; Jansen, 1980). Bovendien worden consultatiebureau-artsen meer getraind op preventief denken en handelen, iets wat bij huisartsen nogal eens zou ontbreken (Voorhoeve, 1977). Deze opsomming van standpunten en verschillen willen we afsluiten met het volgende citaat: 'Het maakt niet uit welk soort arts de zorg uitvoert, essentieel is of deze zorg voldoet aan een aantal primaire structurele en functionele kenmerken' (Herngreen e.a., 1981).

#### 2.1.4. Knelpunten in de zorg voor 0-4 jarigen

In de literatuur worden knelpunten genoemd, die het goed functioneren van de consultatiebureaus in de weg staan. Het varieert van kleine, gemakkelijk op te lossen knelpunten, tot knelpunten die dusdanig van aard zijn dat het functioneren van het consultatiebureau er door wordt bedreigd. Dit laatste is het geval wanneer er structurele oorzaken voor zijn aan te wijzen.

Daarnaast zijn er zaken op de consultatiebureaus die niet zozeer door de hulpverleners als wel door de ouders van de kinderen als knelpunten worden gezien. Deze blijven hier buiten beschouwing, in 2.1.6 komen we hier op terug.

Allereerst noemen we de knelpunten die te maken hebben met de **taken van het consultatiebureau** en de verdeling ervan over de verschillende beroepsgroepen. Hier is sprake van een fundamenteel probleem, omdat er nog steeds geen door **iedereen** geaccepteerde taakomschrijving bestaat, van waaruit vervolgens op basis van deskundigheden kan worden afgeleid welke taken door wie dienen te worden uitgevoerd (Van de Lisdonk e.a., 1981). Wij wezen hier reeds op in paragraaf 2.1.1. Het gevolg is dat op bureaus onderlinge verschillen zowel met betrekking tot het aantal taken als de verdeling en uitvoering ervan. De gestandaardiseerde programma's die de Centrale Raad in het Interim-advies voor ogen had, zijn nog ver te zoeken. Dit zal op veel plaatsen onrust blijven geven en de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloeden (Jansen, 1980; Hessing-Wagner, 1985). Echt goed voorlichtingsmateriaal zou in ieder geval al een stap in de goede richting zijn, wat er volgens de Nationale Kruisvereniging dan ook zo snel mogelijk dient te komen (Nationale Kruisvereniging, 1978).



Taken waarover de meeste onenigheid bestaat, zowel inhoudelijk als over de uitvoering ervan, zijn VTO, periodiek geneeskundig onderzoek en het onderkennen van en omgaan met problemen van psycho-sociale en pedagogische aard (Hessing-Wagner, 1985).

Tot slot dient hier nog een taak te worden vermeld welke praktisch altijd door de wijkverpleegkundige wordt uitgevoerd, namelijk het huisbezoek dat wordt afgelegd in verband met het consultatiebureau. Deze taak komt steeds meer in de verdrukking, omdat de wijkverpleegkundige niet alleen kampt met tijdgebrek binnen het consultatiebureau, maar ook daarbuiten met het toenemen van haar curatieve taken in de wijk (Jansen, 1980; Nationale Kruisvereniging, 1986; Kerkstra e.a., 1987; Graat, 1983).

Ook **organisatorische knelpunten** komen we in de literatuur tegen en wel op alle organisatieniveaus. In verband hiermee komen we even terug op onze bewering in paragraaf 1.2 dat het consultatiebureau valt onder de basisgezondheidszorg. We vermeldden daar reeds dat niet iedereen het daarmee eens is. Swaak (1983) geeft aan dat hij het daar niet alleen niet mee eens is, maar zelfs dat dit tot problemen leidt tussen de uitvoerenden vanuit de basisgezondheidszorg en de eerste lijn. Immers, zegt Swaak, behalve preventieve en screeningswerkzaamheden, typisch basisgezondheidszorg, worden er op het consultatiebureau ook werkzaamheden verricht die gericht zijn op een totale gezinsbegeleiding, het behartigen van alle aspecten van het mens zijn, zowel somatisch, psychisch als sociaal en het bevorderen van de continuïteit van zorg. Deze laatste taken vallen volgens Swaak onder de eerstelijnsgezondheidszorg.

Verder zijn er een aantal knelpunten aanwezig op regionaal en provinciaal niveau:

- het ontbreken van centrale coördinatie (Hamers en Boerma, 1985);
- onvoldoende ondersteuning van de plaatselijke kruisverenigingen vanuit deze overkoepelende organisaties en onvoldoende stimulering tot het geven van goede zorg (IWAPV, 1981; Nationale Kruisvereniging, 1978).

Provinciale Verenigingen van hun kant klagen erover dat het bij de huisartsen ontbreekt aan een overkoepelende organisatiestructuur om knelpunten in de zorg op te lossen (Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland, 1981).

Op het uitvoerende niveau, de consultatiebureaus zelf, zijn door ons reeds enkele organisatorische knelpunten genoemd bij de beschrijving

van de bureaus nieuwe stijl en andere alternatieve vormen van bureau houden (zie paragraaf 2.1.2). Voor de volledigheid halen we ze hier nog even aan:

- de taken van het consultatiebureau breiden zich steeds uit, terwijl de landelijke tijdsnormering per consult eigenlijk al niet toereikend is;
- de organisatie oude stijl laat veel deskundigheid van de wijkverpleegkundige onbenut.

Hieraan kunnen we toevoegen dat er organisatievormen zijn waar de consultatiebureaus iedere keer door een team van een andere samenstelling wordt geleid. Een voorbeeld hiervan wordt beschreven door Mennen (1983).

### **2.1.5. Communicatie en samenwerking**

Aan communicatie en samenwerking wijden we een aparte paragraaf, omdat dit onderwerp in ons onderzoek een belangrijke plaats inneemt. We maken daarbij onderscheid naar communicatie en samenwerking **binnen** het consultatiebureau, tussen de medewerkers onderling en **buiten** het consultatiebureau, samenwerking en communicatie van de bureaumedewerkers met andere personen of disciplines uit de gezondheidszorg.

Samenwerking tussen de consultatiebureaumedewerkers dient te zorgen voor een samenhangende zorgverlening zonder overlap voor kinderen van 0-4 jaar. In de Structuurnota Gezondheidszorg wordt hier reeds op gewezen (VOMIL, 1974). Omdat consultatiebureaus geleid worden door medewerkers uit verschillende disciplines, waarbij tevens sprake is van een zekere taakverdeling, is er adequate communicatie nodig om een goede samenwerking te doen ontstaan. Uit de literatuur blijkt dat dit in de praktijk niet altijd even gemakkelijk te realiseren is en worden de volgende factoren genoemd die een goede samenwerking en communicatie in de weg kunnen staan:

Slechte bereikbaarheid van de verschillende partijen (in tijd of plaats); onvoldoende bereidheid tot overleg; onbekendheid met elkaars werkterrein; niet erkennen van elkaars deskundigheid; niet durven uitspreken van kritiek; verschil in visie over wat op het consultatiebureau dient te gebeuren, door wie en op welke wijze; en het hebben van een meer curatief dan wel meer preventief gerichte werkwijze (de Natris-Mathot, 1979; Van de Lisdonk, 1980; Herngreen e.a., 1981; Derksen, 1981; Eerste lijn actueel, 1984; Van Loon, 1984).

Daarnaast wordt door Mennen (1983) gewezen op steeds wisselende

teamsamenstelling als nadelige factor voor een goede samenwerking. Door anderen wordt in dit verband melding gemaakt van een groot verloop van CB-artsen en wijkverpleegkundigen (GHI, 1978; Jansen, 1980).

Samenwerking en communicatie van de medewerkers van het consultatiebureau met andere instanties uit de gezondheidszorg is van belang voor de continuïteit van zorg voor de 0-4 jarigen. Hiaten in deze zorg welke een longitudinaal karakter draagt dienen vermeden te worden volgens de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979).

We wijzen hier op een aantal factoren welke deze continuïteit belemmeren. Allereerst is er de overdracht vanuit de kraamzorg en de overdracht naar de schoolartsdienst, die niet overal probleemloos verlopen (Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland, 1981). Verder zijn er de overdrachten bij verhuizing van het gezin, die zeer sterk afhankelijk zijn van een goede registratie.

Daarnaast is er veel geschreven over hoe de continuïteit van de zorg voor 0-4 jarigen bevorderd kan worden.

In dit licht wordt heel vaak de huisarts naar voren geschoven als de figuur bij uitstek welke voor continuïteit kan zorgen in de jeugdgezondheidszorg. Indien hij/zij consultatiebureau doet voor de kinderen uit zijn/haar praktijk kan hij/zij deze continue begeleiden, zowel preventief als curatief (Crebolder, 1979; Huygen, 1981; Van de Lisdonk e.a., 1981). Zeker indien hij/zij samenwerkt met een wijkverpleegkundige, waarvan de wijk samenvalt met de praktijk van de arts. Hoewel dit laatste bij solo-werkende artsen niet zo gauw het geval zal zijn, zijn een aantal gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden daar voorbeelden van (Hamers en Boerma, 1985). Anderen vinden dat het met die continuïteit van de zorg van de huisarts steeds slechter gesteld is: Er zijn vaak mutaties binnen huisartsenpraktijken, huisartsen zijn in weekends en avonden vaak onbereikbaar of wisselen elkaar af in gezondheidscentra (Jansen, 1980).

Een CB-arts die zowel het zuigelingen- als het kleuterconsultatiebureau leidt voor kinderen uit de wijk van een bepaalde verpleegkundige kan ook voor continuïteit van zorg zorgen. Een probleem blijft dan dat doorverwijzen naar eerste of tweede lijn via de huisarts dient te geschieden, zodat ze op dat punt afhankelijk is van de medewerking van de huisarts. Vooral wat betreft de terugrapportage door de huisarts aan de CB-arts over doorverwezen kinderen worden nog wel eens problemen gemeld (Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland, 1981; Helsing-Wagner, 1985).

### 2.1.6. Onderzoek dat is verricht onder de consumenten van het consultatiebureau

Onder de consumenten van de gezondheidszorg voor 0-4 jarigen is de laatste jaren heel wat onderzoek gedaan. Grofweg zijn deze onderzoeken als volgt onder te verdelen:

- a. Tevredenheidsonderzoeken, waarin de mening van de consument wordt gevraagd over hun contacten met het consultatiebureau;
- b. onderzoek dat gewijd is aan het wel of niet deelnemen aan het consultatiebureau en de oorzaken ervan;
- c. onderzoek naar speciale groepen consumenten waarvan buitenlanders de meest onderzochte groep vormen;
- d. onderzoek waarin via de mening van de consument onderzocht wordt of bepaalde 'afwijkende' organisatievormen van het consultatiebureau in de praktijk voldoen of niet.

Het **tevredenheidsonderzoek** is nogal verschillend van kwaliteit. Twee landelijke onderzoeken in de tijdschriften 'Kinderen' (Dik, 1982) en 'Ouders van nu' (Doomen, 1983) zijn niet representatief te noemen. Lezers van deze bladen werden, al dan niet via een enquêteformulier, uitgenodigd hun bevindingen met het consultatiebureau op te schrijven. Dit heeft naast positieve reacties toch overwegend de ontevreden aangesproken. Als klachten worden hier onder meer aangedragen: Te lange wachttijden; kritiek op de accommodatie; betuttelende, soms autoritaire houding van de consultatiebureau-teams; te dwingend opleggen van voedingsadviezen; geen tijd voor het aandragen van eigen problemen, vragen of meningen; medisch onderzoek te oppervlakkig en dat de baby aan allerlei eisen moet voldoen en zeker niet te ver mag afwijken van het gemiddelde. Een onderzoek van de consumentenbond (1982) waarbij door 650 ouders een enquêteformulier was ingevuld levert ongeveer dezelfde klachten op, maar laat tevens zien dat, ondanks dat ouders over het algemeen tevreden zijn over de zorgverlening op het consultatiebureau, met name meer lichamelijk onderzoek van het kind wenselijk wordt gevonden.

Eenzelfde beeld geven twee plaatselijke onderzoeken naar zuigelingenbureaus in Amsterdam en 's-Hertogenbosch (van Wieringen e.a., 1984; Dillo-Blumenberg, 1985). Hoewel ook daar duidelijk kritiek is op de wachttijden, c.q. het afsprakensysteem en op de accommodaties waar de consultatiebureaus gehouden worden, zijn de meeste ouders toch tevreden over hun contacten met de consultatiebureauteams (94% respectievelijk 91%). In Amsterdam is verder 87% van de ouders tevreden met de werkwijze van het consultatiebureau en in 's-Hertogenbosch voldoet volgens 90% van de ouders het consultatiebureau aan hun verwachtingen. De andere hierboven opgesomde klachten worden in

beide onderzoeken ook wel genoemd, maar slechts in geringe mate. In Amsterdam kwam daarnaast naar voren dat ouders (10-20% van de respondenten) meer informatie wensen over de volgende onderwerpen: groei en ontwikkeling, babykwaaltjes, babyverzorging, de gehoortest en de inenting.

Een onderzoek op een zuigelingenbureau in Doesburg-Angerloo (Enquête Zuigelingenverzorging, 1982) meldt meer klachten van consumenten. Dit was echter te verwachten, omdat dit gehouden werd vanwege signalen van ontevreden ouders. Met het onderzoek wilde men te weten komen welke klachten dat waren en wat voor beleid er nodig zou zijn om hier verbetering in te brengen. Slechts 65% van de ouders hier was dan ook tevreden met de algemene gang van zaken op het bureau.

Een meer specifiek onderzoek over tevredenheid is verricht door Swets-Gronert (1982). In eerder onderzoek had zij ervaren dat veel ouders zich onzeker voelen over het opvoeden en verzorgen van hun baby. Zij hield daarom een kwalitatief vervolgonderzoek, door middel van een gesprek met 58 van die ouders, waarvan de kinderen inmiddels de kleuterleeftijd hadden. De vraag was of het consultatiebureau voor deze ouders een steunfunctie vervulde. Zij vond dat dit voor kleuters zeker in onvoldoende mate het geval was, omdat ouders hier maar éénmaal per jaar komen en vaak pas kort te voren weten wanneer dat zal zijn. Er blijkt echter wel behoefte te zijn aan een steunfunctie, omdat de ouders naar mate ze onzekerder zijn vaker naar het bureau willen komen. Verder blijkt in dit onderzoek dat er vooral veel sprake is van gedragsproblemen, waarbij de ouders op het kleuterbureau onvoldoende worden geholpen, meestal vanwege tijdgebrek.

Enkele van de door ons bestudeerde onderzoeken handelen over **non-participatie** van 0-4 jarigen aan het consultatiebureau. Commandeur e.a. (1984) onderzochten in Zwolle en omgeving de mate waarin kinderen het consultatiebureau bezoeken. Zij vinden dat 5% van de zuigelingen en 4% van de kleuters het consultatiebureau niet bezoeken. Krabbenbos-Zethoven e.a. (1984) meten de omvang van de non-participatie in Arnhem en Nijmegen. Zij vinden dat gemiddeld 7% van de zuigelingen en 12% van de kleuters in deze steden het consultatiebureau niet bezoeken. In beide steden is bovendien een duidelijk hogere non-participatie onder niet-Nederlanders dan onder de Nederlanders. In Groningen zijn twee onderzoeken verricht naar non-participatie waarbij gevraagd is naar redenen van niet deelnemen, respectievelijk wel deelnemen. Everaars e.a. (1978) hebben 68 ouders ondervraagd uit één jaarcohort van zuigelingen die het consultatiebureau niet hadden bezocht. Van Vliet e.a. (1979) hebben zowel participanten als niet-

participanten van het kleuterbureau onderzocht. De resultaten van beide onderzoeken komen redelijk overeen, de belangrijkste bevindingen vatten we daarom gelijktijdig samen. Ongeveer de helft van de kinderen die niet op het consultatiebureau komen is elders in zorg (48% respectievelijk 56%), bijna altijd vanwege een lichamelijke of geestelijke afwijking. Elders betekent dan òf bij de huisarts òf bij een specialist. Factoren die het niet komen beïnvloeden, hoewel niet altijd even sterk of éénduidig, zijn: de opleiding van de ouders, alleenstaande moeder, sociale milieu, rangnummer kind en het behoren tot een etnische minderheidsgroep. Zeventien tot 36% van de non-participanten van het zuigelingenbureau zegt wel naar het kleuterbureau te willen komen. Toch vinden veel van deze niet-komers het zuigelingenbureau belangrijker dan het kleuterbureau; dit komt waarschijnlijk mede doordat ze minder hoge verwachtingen hebben van het kleuterbureau dan de wel-komers (Everaars e.a., 1978).

Eénenveertig procent van de niet-komers op het kleuterconsultatiebureau was ook nooit op het zuigelingen consultatiebureau geweest (Van Vliet e.a., 1979). De belangrijkste redenen die ouders opgeven om niet te komen, zijn, behalve het hebben van een afwijking van het kind, onder andere: controles zijn overbodig (36%), het consultatiebureau is een inbreuk op de privacy (30%), te lang moeten wachten (25%), eigen ideeën over voeding hebben (21%), te druk hebben (19%) en slecht overweg kunnen met arts of wijkverpleegkundige (17%).

Een goed overzicht tenslotte over onderzoek naar non-participatie aan het consultatiebureau geeft Kuiper (1986).

Zoals reeds gezegd, staan de **buitenlanders** als doelgroep van het consultatiebureau redelijk in de belangstelling. Dit heeft enkele oorzaken. Ten eerste zijn deze migranten vaak jong en hebben vanuit hun traditie grote gezinnen. Ten tweede is hun cultuur en taal, vooral voor migranten uit Turkije en Marokko, dermate verschillend van de onze, dat ze een aparte benadering noodzakelijk maken. Dit laatste is voor migranten uit Suriname of de Antillen minder noodzakelijk, omdat deze groepen vanouds een sterkere band hebben met Nederland en onze taal verstaan.

Turken en Marokkanen willen over het algemeen wel naar het consultatiebureau komen en vinden de inentingen belangrijk, omdat ze die in hun vaderland ook kennen. Het is echter nog wel eens moeilijk om ze te benaderen en voor de eerste keer naar het bureau te krijgen. Hoewel de zorg voor de kinderen grotendeels tot de taak van de moeder wordt gerekend, dien je het gezin toch via de vader te benaderen. Zijn de moeders eenmaal op het consultatiebureau geweest, dan willen

ze meestal graag terugkomen. Het taalprobleem is echter een levensgrote barrière. Gelukkig wordt tegenwoordig in de vier grote steden bijna overal met tolken gewerkt, maar elders moeten veel moeders het toch nog stellen met de hulp van een dochtertje of ander familielid dat wel nederlands spreekt. Is de taalbarrière enigszins geslecht, dan nog gaat de communicatie moeizaam, omdat de ideeën van deze buitenlanders over wat goed is voor een kind sterk afwijken van onze ideeën en omdat het bespreken van privé problemen via een tolk weer eigen problemen met zich meebrengt. Uit recent onderzoek in Amsterdam en Den Haag (Van der Most-Van Spijk, 1985; Kuiper e.a., 1985) blijkt dat de deelname van Turkse en Marokkaanse ouders aan het consultatiebureau daar momenteel nagegenoeg gelijk is aan de deelname van de Nederlandse ouders. Ook de inentingsgraad laat geen significante verschillen meer zien en er wordt steeds vaker aan de Ewing-test deelgenomen. Toch is het nog maar de vraag of inhoudelijk de zorg die op de consultatiebureaus aan buitenlanders wordt verleend wel van dezelfde kwaliteit is. De hierboven beschreven taal- en cultuurbarrière alsmede het isolement van de buitenlandse vrouw, die het zonder de steun van haar familie moet doen, zal maken dat de vrouw zegt dat ze tevreden is, omdat ze het eens is met wat er gebeurt. Ze weet echter niet welke steun en hulp ze allemaal van een consultatiebureau kan verwachten en welke ze moet ontberen, omdat er minder diep op haar problemen kan worden ingegaan dan bij nederlandse moeders het geval is (Pennings, 1986). Diepgaand onderzoek hiernaar is volgens deze schrijfster dan ook noodzakelijk.

Intussen dienen de consultatiebureauteams zich zo goed mogelijk van hun taak te kwijten door onder andere intensivering van het huisbezoek door de wijkverpleegkundige, langduriger en frequentere consulten, inschakeling van tolken en het houden van aparte zittingen voor kinderen van buitenlandse afkomst (Nationale Kruisvereniging, 1986). Het spreekt vanzelf dat artsen en wijkverpleegkundigen bijscholingen dienen te volgen om beter inzicht te krijgen in deze bevolkingsgroepen. Ze vormen vooral in de grote steden een aanzienlijk deel van de zorgpopulatie op het consultatiebureau. In Amsterdam bijvoorbeeld is in de leeftijdsgroep van 0-12 jaar ongeveer 20% van de kinderen van Turkse of Marokkaanse afkomst (Van der Most-Van Spijk, 1985).

Als laatste willen we die consumentenonderzoeken bespreken die net als de eerste groep **de tevredenheid van de consument meten**, maar dit doen **met een ander doel**. Veel van de bureaus nieuwe stijl en ook pedagogische en/of groepsbureaus willen weten of al de extra moeite

en inspanning van de werkers ook een beter functionerend consultatiebureau heeft opgeleverd.

Uit een drietal onderzoeken komt naar voren dat het bureau nieuwe stijl naar tevredenheid van de ouders functioneert (Bouvy-Verbeeten, 1975; Bodnar e.a., 1980; Schippers, 1984). De meeste ouders hebben er geen bezwaar tegen dat ze de arts niet iedere keer zien, als deze zo nodig maar bereikbaar is. Een aantal van hen vond dat ze de arts niet vaak genoeg zien (Schippers). Dat is niet zo vreemd, omdat op datzelfde bureau gevonden werd dat de belangrijkste reden voor ouders om het consultatiebureau te bezoeken het volgen van de lichamelijke ontwikkeling van het kind is. En juist deze taak is volgens de ouders typisch een taak voor de arts. De wijkverpleegkundigen worden meer gezien als psycho-sociale steun en vraagbaak. Duidelijk is volgens Schippers dat de taakverdeling tussen arts en wijkverpleegkundige, zoals die was opgezet bij het bureau nieuwe stijl door de ouders wordt overgenomen en aanvaard.

De twee groepsbureaus in Rotterdam, die in paragraaf 2.1.2 al even aan de orde kwamen, draaien tot volle tevredenheid van de ouders. (Verberne e.a., 1982; Faddegon, 1984). Ook het groepskleuterbureau dat door Veldkamp (1985) werd opgezet verloopt tot grote tevredenheid van de ouders.

De pedagogische bureaus krijgen iets minder bijval van de ouders. Met name het pedagogische bureau in Stolwijk en Berkenwoude (Hoofd, 1982) voldoet niet helemaal. De arts wordt hier grotendeels vervangen door een pedagoog: na het lichamelijk onderzoek van het kind door de wijkverpleegkundige gaat de moeder met het kind naar de pedagoog. Een consult met de arts kan zonodig worden aangevraagd. Veel ouders vinden dat ze op die manier de arts te weinig zien. Als oplossing hiervoor wordt nu aan de ouders de keuze gelaten om op het consultatiebureau de arts of de pedagoog te bezoeken.

Twee pedagogische groepsbureaus die zijn onderzocht in Woerden (Schilder, 1982) en in Drachten (Provinciale Friese Kruisvereniging, 1984) zijn door de ouders redelijk positief ontvangen. Uit deze onderzoeken blijkt dat de omvang van de oudergroepjes waarmee wordt gewerkt van belang is voor het slagen van de opzet. Groepen van  $\pm 10$  ouders leveren als klachten op dat de gesprekken te druk zijn en de echte problemen in de verdrukking komen (Schilder). Kleinere groepjes van  $\pm 4$  ouders kennen deze bezwaren niet.

Tot slot willen we nog de aandacht vestigen op twee consumentenonderzoeken die niet binnen onze vierdeling passen, maar niet onvermeld dienen te blijven. Dit is op de eerste plaats het proefschrift



van Rasker-Krijgsman (1978), waarin zij verslag doet van ideeën van de ouders en hun signaleringsfunctie wat betreft mogelijke afwijkingen in groei en ontwikkeling. Ook de ouder-kind relatie dient volgens haar meer aandacht te krijgen op het consultatiebureau. Als tweede noemen we het onderzoek van Knapien en Puts (1986) dat is uitgevoerd op verzoek van de Provinciale Friese kruisvereniging, in twee locaties: een stedelijke en een plattelandlocatie. Net als in ons onderzoek is er sprake van consultatiebureau oude stijl en nieuwe stijl, van CB-artsen en van huisartsen; ook worden er zowel medewerkers als consumenten benaderd. Het blijkt dat op het oude stijl bureau, geleid door CB-artsen in de grote stad de ouders minder tevreden zijn (56%) dan op het bureau nieuwe stijl, geleid door de huisarts in de kleine gemeente (77%). Deze ontevredenheid ligt voor een deel in de accommodatie en geldt voor een deel de voedingsadviezen, waarvan blijkt dat veel personen zich ermee bemoeien (CB-arts, huisarts, wijkverpleegkundige en kraamzorg), wat ouders eerder onzeker dan zeker maakt. Verder is de communicatie tussen de CB-arts en de huisarts nogal minimaal, evenals de contacten vanuit het consultatiebureau met de tweede lijn en met een VTO-team.

Naast het bestuderen van al deze consumentenonderzoeken hebben we besloten zelf nog een consumentenonderzoek te doen en wel om de volgende redenen. De meeste hier aangehaalde onderzoeken richten zich niet specifiek op het functioneren van het consultatiebureau, maar vooral op de tevredenheid van de ouders. En hoewel de laatst besproken groep onderzoeken dit wel doet, beperkt daar ieder onderzoek zich tot één organisatievorm van het consultatiebureau en zijn de onderzoeksopzetten heel verschillend. Wij willen echter de verschillende consultatiebureauvormen (varianten) inventariseren en op hun functioneren doorlichten, mede gezien door de ogen van de consument. Een dergelijk vergelijkend overzicht kan alleen verkregen worden door de consumenten die verschillende bureauvarianten bezoeken allen op dezelfde wijze te benaderen en te ondervragen.

## **2.2. De vraagstellingen van het onderzoek**

Zoals gezegd sluiten we dit hoofdstuk af met de formulering van de vraagstellingen op grond van de door ons in paragraaf 1.3 aangegeven doelstellingen van het onderzoek.

De eerste doelstelling is het maken van een inventarisatie van de

wijze waarop en de mate waarin huisartsen, wijkverpleegkundigen en CB-artsen werkzaam zijn op het gebied van de zorg voor 0-4 jarigen. Dit dient te worden gedaan zowel voor hun werkzaamheden binnen het consultatiebureau als die daarbuiten.

1. De inventarisatie **binnen** het consultatiebureau kunnen we uiteen leggen in de volgende vragen:
  - a. Wat is de omvang en het tijdsbeslag van de zorg voor 0-4 jarigen voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en CB-artsen binnen het consultatiebureau?
  - b. Welke taken worden door huisartsen, wijkverpleegkundigen en CB-artsen uitgevoerd binnen het consultatiebureau?
  - c. Zijn er verschillen in taakverdeling tussen de hulpverleners bij de verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen van het consultatiebureau?
  - d. Waarom doen sommige artsen en wijkverpleegkundigen wel consultatiebureau en anderen niet?
2. De werkzaamheden **buiten** het consultatiebureau kunnen alleen voor huisartsen en wijkverpleegkundigen geïnteriseerd worden en wel via de volgende vragen:
  - a. Wat voor contacten hebben huisartsen en wijkverpleegkundigen buiten het consultatiebureau met zuigelingen en kleuters?
  - b. Hoeveel tijd per jaar kosten deze contacten de beide beroepsgroepen?

Als tweede onderzoeksdoel noemden we het onderzoeken van eventuele knelpunten welke de betrokken hulpverleners ervaren in de zorg voor 0-4 jarigen.

3. Over deze knelpunten formuleren we de volgende onderzoeksvragen:
  - a. Komen deze voort uit de taakverdeling tussen de hulpverleners?
  - b. Hebben deze betrekking op de organisatie van de zorg voor 0-4 jarigen?
  - c. Worden deze door meer persoonlijke factoren veroorzaakt zoals opleiding, nascholing, opvattingen over het consultatiebureau etcetera?
  - d. Is er samenhang tussen bepaalde knelpunten en de organisatievorm of teamsamenstelling van de consultatiebureaus?

De derde doelstelling over communicatie en samenwerking splitsen we in contacten binnen en contacten buiten het consultatiebureau.

De vraagstellingen hierover luiden als volgt:

4. a. Hoe is de samenwerking en communicatie tussen de arts en wijkverpleegkundige die samen bureau houden?

- b. In hoeverre wordt deze samenwerking en communicatie beïnvloed door:
    - De aanwezigheid van knelpunten ten aanzien van de taakverdeling tussen arts en wijkverpleegkundige;
    - de aanwezigheid van knelpunten op het organisatorische vlak.
  - c. Is er verschil in samenwerking en communicatie tussen de verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen?
- 5.
- a. Hoe verloopt de samenwerking en communicatie (bijvoorbeeld in de vorm van verwijzing, rapportage, terugrapportage) tussen de consultatiebureau medewerkers en de huisarts van het kind? En in hoeverre wordt deze samenwerking en communicatie beïnvloed door de opvattingen van CB-artsen en huisartsen over elkaars en eigen taken?
  - b. Hoe verloopt de samenwerking en communicatie tussen de consultatiebureau medewerkers enerzijds en VTO-teams, maatschappelijk werk, kraamzorg e.d. anderzijds?
  - c. Hoe is de communicatie tussen hulpverleners uit de tweede lijn en het consultatiebureau in het geval kleuters of zuigelingen naar de specialist verwezen worden (terugrapportage)?
  - d. Is er verschil in samenwerking en communicatie tussen de organisatievorm of teamsamenstelling van de consultatiebureaus?
6. Het laatste onderzoeksdoel betreft de ouders van de 0-4 jarigen; de consumenten van het consultatiebureau. Hierbij spelen de volgende vragen een rol:
- a. Welke redenen hebben ouders om het consultatiebureau wel of niet te bezoeken?
  - b. Hoe waarderen ouders het bezoek aan de zuigelingen- en kleuterbureaus?
  - c. Wordt deze waardering beïnvloed door de organisatievorm en teamsamenstelling van het bureau dat de ouders bezoeken?

### 3. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk komt eerst de opzet van het onderzoek aan de orde en de wijze waarop de gegevens verzameld zijn. Daarna geven we aan hoe de trekking van de verschillende steekproeven heeft plaatsgevonden en hoe groot de respons was. Vervolgens beschrijven we de steekproeven nader aan de hand van enkele achtergrondkenmerken, apart voor bureaumedewerkers en consumenten.

Tot slot geven we aan hoe de verdeling ligt binnen de steekproeven over de verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen van het consultatiebureau, de onafhankelijke variabelen in ons onderzoek. Dit laatste gebeurt weer apart voor bureaumedewerkers en consumenten.

#### 3.1. De opzet van het onderzoek

De opzet van een onderzoek wordt voor een groot deel bepaald door de analyse-eenheden welke er nodig zijn. Uit de geformuleerde vraagstellingen valt af te leiden dat er, afgezien van de consumenten, op twee niveaus geanalyseerd dient te worden. Ten eerste op het niveau van de individuele medewerker, dit vooral ter beantwoording van de eerste twee groepen vragen. Daarnaast dienen er vergelijkingen gemaakt te worden **tussen** de verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen van de consultatiebureaus en **binnen** de consultatiebureauteams. De gegevens voor analyse op beide niveaus kunnen verzameld worden op individueel niveau, waarbij de medewerkers van de consultatiebureaus de onderzoekseenheden vormen. Vanwege genoemde vergelijkingen is het nodig **alle** leden van de consultatiebureauteams te ondervragen, dus zowel wijkverpleegkundigen, consultatiebureauartsen als huisartsen. Het onderzoek beperkt zich verder tot een aantal regio's, omdat zo ten behoeve van een aantal vraagstellingen (met name die over samenwerking en communicatie) de huisartsen die géén consultatiebureau doen in hetzelfde gebied ter vergelijking ondervraagd kunnen worden. Deze regio's dienen dan wel dusdanig geselecteerd te worden dat alle door ons te onderzoeken organisatievormen en teamsamenstellingen erin vertegenwoordigd zijn.

Om verantwoorde vergelijkingen te kunnen maken, dienen er per organisatievorm voldoende analyse-eenheden te zijn, zodat de steekproef

niet te klein mag zijn. Het aantal onderzoekseenheden dat we minimaal per beroepsgroep nodig denken te hebben is: 160 wijkverpleegkundigen, 80 huisartsen die consultatiebureau doen, 80 huisartsen die dit niet doen en 80 consultatiebureau-artsen. Voor de consumenten lijkt een aantal van 200 voldoende. Rekening houdend met non-respons is het duidelijk dat het hier om een redelijk omvangrijke steekproef gaat, zodat we besloten hebben om als onderzoeksmethode schriftelijke enquêtering te gebruiken.

### 3.2. Beschrijving van de meetinstrumenten

Uit de vorige paragraaf valt af te leiden dat er meerdere meetinstrumenten nodig zijn, namelijk vragenlijsten voor wijkverpleegkundigen, huisartsen en CB-artsen, de meest voorkomende beroepsgroepen welke consultatiebureau doen en voor ouders van 0-4 jarigen, de consumenten. Aan de hand van de onderzoeksvragen uit 2.2 hebben we drie vragenlijsten opgesteld voor de aparte bureaumedewerkers en één voor de consumenten. Hoewel er sprake is van nog een vierde beroepsgroep, huisartsen die geen consultatiebureau doen, wordt deze groep door ons voor de overzichtelijkheid steeds gelijktijdig besproken met de bureaumedewerkers, voor wie ze immers als referentie dienst doen. In de aparte vragenlijsten voor de bureaumedewerkers hebben we getracht zoveel mogelijk vragen te formuleren welke voor de verschillende groepen medewerkers gelijk zijn. Vanwege andere achtergronden qua opleiding en organisatie diende een aantal vragen toch apart per beroepsgroep geformuleerd te worden. Ook dan is echter geprobeerd vanuit analyse-oogpunt zo éénduidig mogelijk te zijn. Voor de huisartsen die geen consultatiebureau houden hebben we geen aparte vragenlijst opgesteld. Zij kunnen een aantal vragen overslaan en dienen daarnaast enkele apart voor hen geformuleerde vragen te beantwoorden. Alle vragenlijsten bevatten tenslotte enkele vragen over achtergrondvariabelen van de respondenten.

Het streven om de consultatiebureau-medewerkers zo veel mogelijk vragen apart voor zuigelingen en kleuters te laten invullen hebben we moeten laten varen. De vragenlijsten bleken al dermate lang te worden zonder inachtneming van deze eis, dat het toch doorvoeren ervan ons niet verstandig leek. Een te lange of te gecompliceerde vragenlijst heeft immers tot gevolg dat de non-response sterk toeneemt, alsmede de kans op onbetrouwbare antwoorden. Er zijn toch al een aantal vragen, die we persé willen stellen, die niet even gemakke-

lijk te beantwoorden zijn. We doelen hier op cijfermatige vragen over aantallen kinderen waarmee huisartsen en wijkverpleegkundigen contacten buiten de consultatiebureaus hebben. Weinig medewerkers zullen hierover een administratie hebben waarmee in één oogopslag antwoord op dergelijke vragen gegeven kan worden. Met voorgedrukte antwoordcategorieën hopen we op deze vragen toch een zo betrouwbaar mogelijk antwoord te krijgen.

Ook bij het consumentenonderzoek was een aparte vragenlijst voor zuigelingen en kleuters praktisch niet uitvoerbaar, zeker niet toen bleek dat we met een a-selecte steekproef zouden werken (zie 3.4.1). We hebben daarom gekozen voor een systeem waarbij uit de antwoorden van de eerste vijf vragen door ons achteraf kan worden vastgesteld of de verdere vragen in de enquête betrekking hebben op een zuigeling of een kleuter.

Na voltooiing zijn de verschillende vragenlijsten bij enkele personen van de betreffende doelgroepen uitgetest. Een versie van alle verschillende vragenlijsten is opgenomen in bijlage I.

### **3.3. De consultatiebureauteams**

#### **3.3.1. Steekproeftrekking en respons**

Zoals gezegd hebben we voor de uitvoering van het onderzoek gezocht naar een aantal regio's in het land waar zo veel mogelijk verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen van het consultatiebureau voorkomen, in combinatie met voldoende huisartsen die geen consultatiebureau doen. Aan de hand van deze criteria zijn zes regio's geselecteerd waarin zowel de stad als het platteland vertegenwoordigd zijn. Deze regio's zijn door ons benaderd via de betreffende provinciale kruisverenigingen met het verzoek aan het onderzoek te willen deelnemen. Dit was nodig omdat wijkverpleegkundigen en CB-artsen in dienst zijn van kruisverenigingen, ofwel op provinciaal ofwel op plaatselijk niveau. De steekproef van de huisartsen uit de betreffende regio's is getrokken met behulp van het NIVEL-registratiesysteem. Deze steekproef bevat zowel de huisartsen uit de betreffende regio's die consultatiebureau doen als diegenen die dit niet doen.

Op grond van schattingen door ons gemaakt met behulp van CBS-cijfers en kernbeleidsstatistieken\* meenden we uit deze regio's tezamen ongeveer 300 wijkverpleegkundigen, 300 huisartsen en 150 CB-artsen te kunnen benaderen, wat ons voldoende leek om tot de respectievelijk 160-160-80 door ons gewenste respondenten te komen.

De werkelijke omvang van de steekproef van bureamedewerkers is weer-gegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1.: omvang en respons van alle enquêtes die gehouden zijn in het kader van het consultatiebureau-onderzoek

	wijkver- pleeg- kundigen	CB- artsen	HA die CB doen	HA die geen CB doen	CB- teams	consu- menten
omvang steekproef	293	63	136	198	365	1254
respons:						
percentages	76	89	78	42	62	73
aantallen	220	56	106	84	226	919
streefgetallen	160	80	80	80	-	200

Voor wijkverpleegkundigen benadert de omvang redelijk de genoemde schattingen, huisartsen zijn oververtegenwoordigd en vooral zij die geen consultatiebureau doen. Van deze laatste groep verwachtten we echter een lagere respons, omdat ze niet direct bij het consultatiebureau betrokken zijn. Hoewel de omvang van de CB-artsen achter blijft bij het streefgetal, hebben we dit toch zo gelaten om de volgende redenen. In de eerste plaats blijken de meeste CB-artsen uit de steekproef aan meerdere bureaus verbonden te zijn, een aantal van hen zelfs aan vrij veel bureaus. Daarnaast zou het benaderen van extra CB-artsen buiten de door ons te onderzoeken regio's dienen te geschieden, waarvan de andere teamleden, de wijkverpleegkundigen niet in onze steekproef aanwezig zijn.

De verdeling binnen de regio's over de verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen slaat in enkele regio's door naar één bepaalde variant. Dit is een gevolg van het feit dat we vóór het trekken van de steekproef slechts over globale informatie beschikten over het vóórkomen van de varianten in de desbetreffende regio's.

\* Door de Nationale Kruisvereniging worden momenteel van alle lidinstellingen in het land Kernbeleidsstatistieken samengesteld. Hierin worden allerlei cijfermatige gegevens gepubliceerd over het basispakket van het kruiswerk aldaar.

Over de gehele steekproef genomen vallen deze verschillen echter tegen elkaar weg.

Op grond van het selecteren van regio's is de samenstelling van de **totale** steekproef van bureaumedewerkers niet representatief te noemen voor alle consultatiebureaus in Nederland. Dit houdt in dat gegevens en cijfers uit ons onderzoek geen totaalbeeld geven van het functioneren van alle consultatiebureaus in Nederland. Dit is niet de opzet van het onderzoek. Wel kunnen de onderzoeksgegevens van de aparte subgroepen, die worden gevormd door de onderscheiden organisatievormen en teamsamenstellingen, als referentie dienen voor dezelfde varianten elders in Nederland. Deze subgroepen immers zijn stuk voor stuk samengesteld uit personen van alle zes de regio's, waardoor typisch plaatselijke kenmerken niet kunnen overheersen.

Alvorens de respons te bespreken, willen we nog vermelden dat de door ons benaderde provinciale kruisverenigingen heel verschillend reageerden. Sommige waren direct enthousiast, andere wilden eerst meer informatie of deden liever niet mee. Voor deze laatsten hebben we andere regio's benaderd. Wel is door enkele kruisverenigingen expliciet gevraagd of ook de huisartsen in het onderzoek werden opgenomen, omdat zij dat belangrijk vonden.

Na het verzenden van de vragenlijsten en een rappèlbrief na drie weken, bleek dat de respons van de huisartsen duidelijk achter bleef bij die van de andere beroepsgroepen. Als reden hiervoor kon niet alleen de vakantie gezien worden. De huisartsen waren meer dan de andere beroepsgroepen 'overvallen' door onze vragenlijst, zij waren immers niet tevoren ingelicht vanuit een provincie of kruisvereniging. Daarom is er voor de huisartsen nog een telefonisch rappèl gehouden.

Daarnaast bleek dat het aantal onderzoekbare teams tegenviel. Met onderzoekbaar bedoelen we dat er per team ten minste één persoon per deelnemende discipline heeft geantwoord. Aan deze eis voldeed slechts 46% van de teams. Om meer volledige teams te verwerven zijn ook hier via een telefoonronde een aantal bureaumedewerkers benaderd met het verzoek alsnog een vragenlijst in te vullen. Het aantal onderzoekbare teams is toen gestegen tot 62%, wat neerkomt op een aantal van 226. Mede hierdoor is ook de respons van de werkers gestegen, zodat het uiteindelijke resultaat de streefcijfers heeft overtroffen.

Een totaaloverzicht de respons is weergegeven in tabel 3.1. De in de tabel vermelde percentages hebben betrekking op de gehele steek-



proef. De respons is echter niet in alle regio's even groot, maar varieert voor wijkverpleegkundigen van 53 tot 100%, voor CB-artsen van 40 tot 100% en voor huisartsen van 25 tot 83%.

### 3.3.2. Achtergrondkenmerken van de consultatiebureau medewerkers

In deze paragraaf worden een aantal beschrijvende gegevens gepresenteerd van de bureaumedewerkers. Het betreft een aantal achtergrondgegevens zoals leeftijd, geslacht, opleiding en bijscholing en een aantal wijk- en praktijkkenmerken.

#### Individuele kenmerken

Allereerst iets over de huisartsen die geen consultatiebureau doen. Uit de respons blijkt dat 32% van deze huisartsen **vroeger wel consultatiebureau gedaan** heeft. Hiervan deed éénderde het maar kort, ongeveer één jaar, de overigen deden het langer, sommigen zelfs 25 tot 35 jaar.

Ook bij de medewerkers van het consultatiebureau zijn er grote verschillen in **ervaring** te zien, zowel binnen als tussen de aparte beroepsgroepen. De spreiding van het aantal jaren dat men reeds consultatiebureau doet is voor de verschillende beroepsgroepen ongeveer gelijk en ligt tussen 0 en 32 jaar. De gemiddelden en de modus\* laten meer variatie zien. Huisartsen en consultatiebureau-artsen doen gemiddeld reeds 12 jaar consultatiebureau, wijkverpleegkundigen daarentegen maar 7 jaar. De modus bij huisartsen is 10 jaar, bij consultatiebureau-artsen 6 jaar en bij wijkverpleegkundigen 1 jaar voor het zuigelingenbureau en 2 jaar voor het kleuterbureau.

Qua aantal jaren hebben de huisartsen dus het langste ervaring en wijkverpleegkundigen het kortst. Wie de **meeste** ervaring heeft is echter van meerdere factoren afhankelijk, welke in hoofdstuk 4 besproken zullen worden.

Behalve het aantal jaren dat men consultatiebureau doet, hebben we ook gevraagd naar het **jaar waarin men zijn studie of opleiding heeft afgesloten**. De verschillen die we hier zien, liggen ongeveer in het verlengde van de verschillen welke we zagen bij het antwoord op de vraag hoe lang men reeds consultatiebureau doet: Gemiddeld zijn huisartsen en consultatiebureau-artsen beide ongeveer 6 jaar langer afgestudeerd dan wijkverpleegkundigen. Gezien de modus zijn er echter meer consultatiebureau-artsen die het langst geleden hun

\* Modus is de meest voorkomende waarneming.

studie hebben afgerond: De modus voor de consultatiebureau-artsen is 1967, voor de huisartsen 1974 en voor de wijkverpleegkundigen 1984.

Ook in **leeftijd** zijn er verschillen tussen de beroepsgroepen te onderkennen. Het meest opvallend is het verschil tussen de wijkverpleegkundigen en artsen: wijkverpleegkundigen zijn gemiddeld 36 jaar, met een spreiding van 22 tot 59 jaar, artsen echter zijn gemiddeld 41 jaar en voor hen ligt de spreiding tussen 29 en 63 jaar (tabel 3.2).

Tabel 3.2.: leeftijd van de verschillende beroepsgroepen (in procenten)

	huisartsen die wel CB doen	CB-artsen	wijkver- pleeg kundigen	huisartsen die geen CB doen
30 jaar of jonger	3	11	39	7
31 t/m 40 jaar	55	35	32	55
41 t/m 50 jaar	26	28	18	27
51 t/m 60 jaar	13	22	11	10
61 jaar of ouder	3	4	0	1

Verder is opmerkelijk dat bij huisartsen, ongeacht of ze consultatiebureau doen, de middencategorieën tussen 30 en 50 jaar het sterkst vertegenwoordigd zijn (ruim 80%), terwijl zich hier bij de consultatiebureau-artsen maar 63% van de respondenten bevindt. Bij deze laatste groep is ten opzichte van de huisartsen sprake van een oververtegenwoordiging in de jongere en oudere leeftijdsgroepen. Bij de wijkverpleegkundigen is maar 29% ouder dan 40 jaar.

Wat **geslacht** betreft is er een groot verschil tussen de beide soorten huisartsen enerzijds en de consultatiebureau-artsen en wijkverpleegkundigen anderzijds. Bij de eersten is ruim 90% man, bij de laatsten is dit 5 à 6%. Voor de huisartsen betekent dit dat wat sekse betreft de verdeling ongeveer overeenkomt met de totale huisartsenpopulatie in Nederland in 1986, waarvan 9% van het vrouwelijke geslacht is (Hingstman e.a., 1986). In 1984 was 3% van de personen die in de wijkverpleging werkzaam zijn van het mannelijk geslacht (CBS, 1986). Nuyens en Van der Speld (1986) vonden in een landelijk representatieve steekproef onder wijkverpleegkundigen een percentage van 5.2. Het percentage mannelijke wijkverpleegkundigen in ons

onderzoek stemt dus overeen met dit landelijke percentage. Van CB-artsen zijn geen landelijke gegevens bekend omtrent de geslachtsverdeling, maar het is algemeen bekend dat deze voor het merendeel vrouwen zijn.

### **Opleiding en bijscholing**

Welke **opleiding** hebben de consultatiebureau-medewerkers gehad en in hoeverre is deze specifiek voor het consultatiebureauwerk? Van de consultatiebureau-artsen heeft 73% een speciale opleiding gevolgd of volgt deze nog, van de huisartsen is dit maar bij 20% van hen het geval. Van de wijkverpleegkundigen heeft 62% een MGZ-opleiding gevolgd en 24% een HBO-V-opleiding, dat is tezamen 86%. De resterende 14% bestaat uit zogenaamde verpleegkundigen in de wijk. Van de huisartsen die een speciale opleiding hebben gehad voor het consultatiebureauwerk, zegt 10% dit via een applicatiecursus JGZ te hebben gedaan en de andere 10% bijvoorbeeld via een huisartsenopleiding, een studie voor districtarts, een stage en dergelijke. Uit de speciale opleidingen genoemd door de CB-artsen blijkt dat 16% van hen een opleiding tot jeugdarts heeft voltooid, 46% een applicatiecursus voor het consultatiebureau heeft gevolgd en 4% kindergeneeskunde; de andere 7% noemen bijscholingen of het in opleiding zijn voor jeugdarts.

Aan huisartsen en wijkverpleegkundigen vroegen we of er tijdens hun opleiding **voldoende aandacht** aan **consultatiebureauwerk** is besteed. Met opleiding bedoelden we in dit geval de huisartsenopleiding en de opleidingen MGZ en HBO-V. Van de huisartsen die werkzaam zijn op het consultatiebureau vindt slechts 25% dat dit het geval is en van de wijkverpleegkundigen vindt 42% dat. Hoewel dus 75% van de huisartsen zegt dat tijdens hun opleiding niet voldoende aandacht aan het consultatiebureauwerk is besteed, heeft toch maar 45% van alle huisartsen die consultatiebureau doen **na- of bijscholingscursussen** gevolgd, terwijl 71% van hen zegt dat er voldoende aanbod van dergelijke cursussen bij hen in de buurt is. Van de wijkverpleegkundigen daarentegen heeft 73% wel cursussen op het terrein van de jeugdgezondheidszorg gevolgd. Zij zijn echter minder tevreden over het aanbod ervan evenals de consultatiebureau-artsen: respectievelijk 43% en 45% van hen vindt het aanbod van na- of bijscholingscursussen bij hen in de buurt onvoldoende. Toch zegt van de CB-artsen 96% dat ze aanvullende cursussen gevolgd hebben.

Door alledrie de beroepsgroepen wordt gebruik gemaakt van speciale cursussen georganiseerd door de Provinciale Kruisverenigingen: 21%

Van de huisartsen, 40% van de consultatiebureau-artsen en 42% van de wijkverpleegkundigen. Tien procent van de huisartsen volgde verder post-academische cursussen en 6% speciale cursussen over VTO of het van Wiechen-schema. Deze laatste cursussen zijn ook door 11% van de wijkverpleegkundigen gevolgd, die verder nog noemen: bijscholing over voeding, al dan niet onder leiding van een diëtiste (11%), cursussen over gezonde zuigelingen en kleuters (10%) en andere cursussen over speciale onderwerpen (14%). Bij de consultatiebureau-artsen zegt 34% cursussen te hebben gevolgd in gesprekstraining en interviewtechnieken, 30% bijscholingsavonden voor consultatiebureau-artsen en intercollegiale gespreksgroepen en 41% allerlei cursussen over aparte inhoudelijke onderwerpen, zoals spraak/taal, voeding, KNO en oogheelkunde.

In tabel 3.3 is te zien hoe de respondenten hebben geantwoord op de vraag hoe vaak ze denken deel te moeten nemen aan speciale na- of bijscholingscursussen.

Consultatiebureau-artsen en wijkverpleegkundigen vinden na- of bijscholing praktisch allemaal nodig, van de huisartsen vindt 12% het niet nodig. De huisartsen hebben verder het vaakst in de vrijblijvende categorie 'naar behoefte' geantwoord en willen een lagere frequentie van na- of bijscholing dan de twee andere groepen. Dit laatste is goed te zien wanneer de categorieën ieder jaar en iedere 2 jaar worden opgeteld, dan betreft dit 30% van de huisartsen en meer dan 50% van de consultatiebureau-artsen en wijkverpleegkundigen.

Tabel 3.3.: hoe vaak denken huisartsen, consultatiebureau-artsen en wijkverpleegkundigen aan na- of bijscholingscursussen te moeten deelnemen (in procenten)

	huisartsen	CB-artsen	wijkverpleegkundigen
helemaal niet	12	0	1
ieder jaar	12	29	30
iedere 2 jaar	17	26	22
iedere 5 jaar	7	11	2
naar behoefte	52	34*	45

\* Aan deze categorie was door verschillende personen het woordje regelmatig toegevoegd.

### Wijk- en praktijkkenmerken

Bij de huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn we in de eerste plaats nagegaan in hoeverre zij in een **samenwerkingsverband** werkzaam zijn.

Voor huisartsen die consultatiebureau doen geldt het volgende: 47% van hen werkt als solist, 16% in een gezondheidscentrum, 7% binnen een hometeam en 30% werkt in een duo- of groepspraktijk. Voor huisartsen die geen consultatiebureau doen ligt de verdeling iets anders: 44% werkt solo, 0% in een gezondheidscentrum, 6% binnen een hometeam en 43% heeft een duopraktijk. Het meest opvallend is het verschil in aantal duopraktijken; het ontbreken van de niet-consultatiebureau-doende huisartsen in gezondheidscentra is het gevolg van onze eigen selectie.

Van de wijkverpleegkundigen is 8% in een gezondheidscentrum werk-

Tabel 3.4.: aantal zuigelingen en kleuters in praktijk of wijk (in procenten)

zuigelingen	huisartsen die CB doen	huisartsen die geen CB doen	wijkverpleegkundigen
15 of minder	3	14	3
16-20	21	23	5
21-25	11	16	13
26-35	16	16	22
36 of meer	49	18	57
36-45	-	-	21
46-55	-	-	13
56-75	-	-	13
76 of meer	-	-	10
geen antwoord	-	14	-

  

kleuters	huisartsen die CB doen	huisartsen die geen CB doen	wijkverpleegkundigen
50 of minder	8	12	11
51- 75	24	18	22
76-100	20	21	25
101-125	17	12	15
126 of meer	31	23	26
geen antwoord	-	14	-

zaam, 16% binnen een hometeam en 76% werkt alleen binnen een basis-eenheid. Verder blijkt 97% van de wijkverpleegkundigen in onze steekproef all-round te werken en slechts 3% specifiek of gedifferentieerd.

Verder hebben we aan de huisartsen en wijkverpleegkundigen gevraagd **hoeveel** zuigelingen en kleuters ze in hun praktijk, respectievelijk wijk hebben. Tabel 3.4 geeft hiervan een overzicht.

Allereerst valt aan deze tabel op dat we van de wijkverpleegkundigen meer gedetailleerde cijfers hebben over het aantal zuigelingen. Dit komt omdat we hen géén voorgedrukte antwoordcategorieën hebben aangeboden voor deze vraag en de huisartsen wel. We meenden namelijk dat zij op grond van het soort administratiesysteem dat in de wijk gebruikt wordt vrij precies op deze vraag konden antwoorden, terwijl huisartsen dat minder makkelijk kunnen. Na het verzamelen van het materiaal bleek echter dat we de zuigelingen-aantallen van de huisartsen die consultatiebureau doen verkeerd hebben ingeschat, waardoor we minder gedetailleerde cijfers hebben verkregen dan in de bedoeling lag.

Toch is duidelijk dat wijkverpleegkundigen meer zuigelingen in hun wijk hebben dan artsen in hun praktijk: 57% van hen heeft meer dan 36 zuigelingen; bij de huisartsen die consultatiebureau doen geldt dit voor 49% en bij de huisartsen die geen consultatiebureau doen maar voor 18%. Hoewel van deze laatste artsen maar 86% antwoordt op deze vragen, is toch duidelijk dat deze groep gemiddeld minder zuigelingen in zijn of haar praktijk heeft, aangezien de twee laagste categorieën meer antwoorden bevatten en de hoogste veel minder.

Voor het aantal kleuters zijn tussen de drie groepen weinig verschillen en zijn de antwoordcategorieën die we aangegeven hadden acceptabeler.

### **3.4. De consumenten**

#### **3.4.1. Steekproeftrekking en respons**

Voor het bereiken van de consumenten staan in feite twee wegen open: óf via de consultatiebureaubestanden van de kruisverenigingen óf via de bevolkingsregisters van een aantal gemeenten. We hebben voor het laatste gekozen en wel om verschillende redenen. Ten eerste bereiken we via de consultatiebureaubestanden alleen ouders die op het consultatiebureau komen; voor de niet-komers zou dan een aparte steek-

proef en een aparte enquête nodig zijn. Hiervoor ontbraken ons de tijd en de middelen. Ten tweede blijkt uit ander onderzoek dat toegang krijgen tot bestanden van consultatiebureaus niet altijd eenvoudig is (Krabbenbosch-Zethoven e.a., 1984), zeker niet wanneer het gaat om non-participanten. Ten derde zouden we de vragenlijsten dan waarschijnlijk op de bureaus moeten laten uitdelen door bijvoorbeeld de wijkverpleegkundigen, die misschien geneigd zullen zijn een persoonlijke of praktische selectie toe te passen. Een heel belangrijk argument tenslotte om het niet via deze weg te doen was te voorkomen dat bij de personen die de medewerkerenquête hadden ingevuld de vrees te doen ontstaan dat hun gegevens en die van de consumenten door ons uiteindelijk gekoppeld zouden kunnen worden.

Om de steekproef te trekken, wilden we uit een aantal gemeenten van de regio's van de consultatiebureau-medewerkers a-select ouders van zuigelingen en kleuters trekken. Hiertoe hebben we alle betreffende dorpen en steden geselecteerd op de aanwezigheid van verschillende organisatievormen (oude en nieuwe stijl) en van verschillende teamsamenstellingen. Voor dit laatste vormde de aanwezigheid van één of meer gezondheidscentra of hometeams en de aanwezigheid van zowel consultatiebureaus geleid door huisartsen als door CB-artsen het criterium. De keuze viel op drie steden uit drie regio's. Als bezwaar kan worden aangevoerd dat er geen dorpen bij zijn, maar dan zouden er veel meer gemeenten benaderd dienen te worden, wat veel tijd zou kosten. Bovendien is er een groot verschil in omvang tussen de aparte steden.

De drie gemeenten zijn eerst telefonisch benaderd, waarna de juiste instantie een brief met uitgebreide informatie over het onderzoek ontving. Dit had tot resultaat dat alle gemeenten mee wilden doen en binnen drie weken hadden we alle gegevens binnen.

In 3.1 noemden we een voor de analyse noodzakelijk aantal consumenten-enquêtes van 200. Hiervoor is zeker een steekproef van 400 personen nodig, omdat 50% respons voor een consumenten-enquête al hoog is. Door de a-selecte trekking moeten we echter rekening houden met non-participanten die minder geneigd zullen zijn een enquête over consultatiebureaus in te vullen, maar waarvan we er toch een aantal willen hebben. Om het zekere voor het onzekere te nemen, hebben we toen per gemeente a-select ongeveer 400 ouders getrokken, 200 met kinderen van nog geen jaar en 200 met kinderen in de kleuterleeftijd. Dit aantal viel iets hoger uit omdat van te voren niet bekend was hoeveel zuigelingen en kleuters iedere gemeente precies had en we dus weer van schattingen uit waren gegaan. Dit overschot gaf ons

echter de ruimte om de Turkse en Marokaanse ouders eruit te laten. Hoewel we dit node gedaan hebben, vooral omdat dit in één stad om ongeveer 10% van de ouders met kinderen van 0-4 jaar bleek te gaan. Op grond van door ons geraadpleegde literatuur werd ons echter duidelijk dat het onderzoeken van deze migrantengroep een heel aparte opzet en benadering zou vergen. Vanwege taalproblemen en cultuurverschillen (Kuiper e.a., 1985; Van de Most-Van Speyk, 1985). Hiervoor is binnen ons onderzoek geen ruimte.

Uiteindelijk zijn er 1254 vragenlijsten verstuurd naar de consumenten. De respons hierop ligt ver boven de verwachting. Toch is er na drie weken een rappèlbrief verzonden om te voorkomen dat de respons al te eenzijdig zou zijn.

Uiteindelijk hebben 919 consumenten (73%) een ingevulde vragenlijst teruggestuurd, een aantal dat ver boven het streekgetal ligt.

### 3.4.2. Beschrijving van de consumentensteekproef

De totale respons bij de consumenten bedraagt 919 personen, waarvan door ons is vastgesteld dat het in 453 gevallen om zuigelingen en in 457 gevallen om kleuters gaat. Door 9 respondenten is de geboortedatum onvolledig ingevuld of ontbrak, zodat we niet weten of het om een zuigeling of kleuter gaat. Deze personen zullen bij de analyse buiten beschouwing worden gelaten. Bij de zuigelingen zijn de leeftijdscategorieën van 1 tot 12 maanden vrijwel evenredig vertegenwoordigd, met een minimum van 7% en een maximum van 11%. Van de kleuters is 36% in het tweede levensjaar, 31,3% in het derde levensjaar en 32,7% in het vierde levensjaar.

Van de respondenten geven 31 personen aan dat ze met het door ons bedoelde kind **het consultatiebureau niet bezoeken**. Het gaat hier om 11 zuigelingen en 20 kleuters welke respectievelijk 2% en 4% van de respons uitmaken. De redenen waarom ouders het consultatiebureau niet bezoeken komen in hoofdstuk 8 aan de orde.

Aan de ouders hebben we ook gevraagd **hoeveel kinderen** ze hebben, wat het volgende beeld oplevert: 34% heeft 1 kind, 42% heeft 2 kinderen, 15% heeft 3 kinderen en de overige 9% heeft er 4 of meer, waarbij het hoogste aantal meer dan 7 was.

De verdeling naar **leeftijd en opleiding** van de ouders hebben we in tabel 3.11 weergegeven.

Hieruit blijkt dat de meeste ouders tussen de 20 en 35 jaar zijn en dat de verschillende opleidingsniveaus redelijk vertegenwoordigd zijn. Wij waren erg benieuwd of het door ons reeds eerder vermelde



Tabel 3.11.: leeftijd en opleiding van de ouders die het consultatiebureau bezoeken (in procenten)

leeftijd	moeder	vader
jonger dan 20 jaar	1	-
20-24 jaar	14	5
25-29 jaar	40	29
30-34 jaar	33	41
35 jaar of ouder	11	23
geen antwoord	1	2

  

opleiding	moeder	vader
lagere school, VGLO of LAVO	13	9
MAVO, LBO	41	33
HAVO, VWO, MBO	29	26
HBO	12	18
Universiteit of Hogeschool	2	9
geen antwoord	3	5

'groeiboekje' nu echt zo ingeburgerd is, omdat dit éénduidige basisinformatie bevat. In onze steekproef is daar zeker sprake van: 95% van de ouders zegt het gekregen te hebben. Het gebruik ervan is iets minder positief te noemen: 50% zegt het regelmatig te gebruiken, 20% deed dit alleen in het begin en 23% heeft het een beetje gebruikt. Slechts 3% zegt het helemaal niet gebruikt te hebben, zodat we toch kunnen stellen dat ruim 90% van de ouders dezelfde basisinformatie over hun kind heeft ontvangen.

Op de vraag of de ouders lid zijn van een kruisvereniging, antwoordde 89% bevestigend en 11% ontkennend.

### 3.5. Organisatievormen en teamsamenstellingen

In deze paragraaf worden de belangrijkste onafhankelijke variabelen, namelijk de verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen van het consultatiebureau, gedefiniëerd. Dit wordt apart gedaan voor de steekproef van de bureaumedewerkers en voor die van de consumenten.

### 3.5.1. Organisatievorm en teamsamenstelling van de consultatiebureaus

De organisatievormen die we onderscheiden zijn de bureaus 'oude stijl' en de bureaus 'nieuwe stijl'. Zoals eerder is aangegeven is het belangrijkste verschil tussen deze twee organisatievormen dat de wijkverpleegkundige zelfstandig consulten geeft of niet. We geven hier weer welk aandeel de drie beroepsgroepen hebben in het bureau nieuwe stijl en hoe de consultverdeling ligt tussen artsen en wijkverpleegkundigen. Wat de teamsamenstelling betreft beschrijven we welke wijkverpleegkundigen met welke artsen een consultatiebureau-team vormen.

Van de huisartsen werkt 45% op een bureau **nieuwe stijl**, van de consultatiebureau-artsen 21% en van de wijkverpleegkundigen 36%.

De meeste bureaus nieuwe stijl zijn zuigelingenbureaus; slechts 10% van de huisartsen, 9% van de CB-artsen en 12% van de wijkverpleegkundigen werken op een kleuterbureau nieuwe stijl.

De vragen over de consultverdeling op het bureau nieuwe stijl zijn door de respondenten niet allemaal goed begrepen en beantwoord, waardoor de cijfers hierover minder betrouwbaar zijn en minder informatie hebben opgeleverd dan de bedoeling was. We beschikken daarom slechts over de volgende informatie.

Het aantal zelfstandige consulten per kind is meestal evenredig verdeeld over de arts en de wijkverpleegkundige en wel voor iedere beroepsgroep 5 à 6 maal per jaar voor zuigelingen en 4 à 5 maal voor de kleuterperiode. Indien op het zuigelingenbureau alleen door de wijkverpleegkundige zelfstandig consulten worden gegeven, dan is er daarnaast nog sprake van 4 à 5 gezamenlijke consulten van arts en wijkverpleegkundige.

De meeste personen die werken op een bureau nieuwe stijl zijn positief of gematigd positief over de manier van consultatiebureau houden. Van de wijkverpleegkundigen is dit maar liefst 98%, van de consultatiebureau-artsen 91% en van de huisartsen 88%.

Zoals in 2.1.3 reeds is opgemerkt kan de samenstelling van een consultatiebureauteam variëren. De verschillende varianten in de teamsamenstelling worden bepaald door de volgende kenmerken:

1. De individuele hulpverleners binnen het consultatiebureauteam. In onze steekproef zijn dat huisartsen, speciale CB-artsen en wijkverpleegkundigen.
2. De mate van samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen buiten het consultatiebureau; in een gezondheidscentrum, hometeam, ongestructureerde samenwerking of geen enkele samenwerking.

3. Het consultatiebureau houden voor kinderen die wel of niet uit de eigen wijk of praktijk komen.

Met behulp van de bovenstaande kenmerken hebben we voor alle drie de beroepsgroepen een aantal varianten gedefiniëerd in de samenstelling van de teams waar ze in participeren.

Van de 220 **wijkverpleegkundigen** doet 35% zuigelingenbureau voor de zuigelingen uit haar eigen wijk, 57% zowel voor zuigelingen uit haar eigen wijk als uit de wijk(en) van collega's uit dezelfde basiseenheid en de overige 8% werkt òf praktijkgebonden, òf gezondheidscentrumgebonden (voor alle artsen die daar werkzaam zijn) òf tevens voor collega's uit een andere basiseenheid. Het betreft hier steeds kleine aantallen.

Op het kleuterbureau ligt deze verdeling anders. Daar houdt 70% van de wijkverpleegkundigen bureau voor kleuters uit haar eigen wijk, 24% voor zowel kleuters uit haar eigen wijk als uit de wijk(en) van collega's uit dezelfde basiseenheid en de overige 6% werkt òf praktijkgebonden, òf gezondheidscentrumgebonden òf tevens voor collega's uit een andere basiseenheid.

In tabel 3.6 is vervolgens weergegeven met welke artsen de wijkverpleegkundigen samenwerken op het consultatiebureau. Uit deze tabel blijkt dat wijkverpleegkundigen op het kleuterbureau veel vaker samenwerken met een CB-arts (78%) dan op het zuigelingenbureau. Verder blijkt dat als wijkverpleegkundigen samen met een huisarts con-

Tabel 3.6.: met welke artsen houden wijkverpleegkundigen samen consultatiebureau (in procenten)

	zuigelingen- bureau	kleuter- bureau
- met één of meerdere CB-artsen	56.8	78.0
- met één of meerdere huisartsen uit gezondheidscentrum of hometeam	16.6	7.3
- met één of meerdere huisartsen waar- mee zij samenwerkt, echter niet in gezondheidscentrum of hometeam-verband	26.9	12.7
- met één of meerdere huisartsen waarmee zij verder niet samenwerkt	5.3	2.0

\* De percentages tellen op tot boven de 100%, omdat een klein aantal wijkverpleegkundigen in verschillende teams werkt en dus meerdere antwoorden heeft aangegeven.

Tabel 3.7.: varianten van de teams waarin wijkverpleegkundigen werkzaam zijn op het zuigelingenconsultatiebureau (absolute aantallen en percentages)

samen met:	consultatiebureau voor:		
	zuigelingen uit eigen wijk	zuigelingen zowel uit eigen wijk als uit wijk(en) van collega's	totaal
- één of meerdere CB-artsen	42 (22.7%)	69 (37.3%)	111 (60.0%)
- één of meerdere huisartsen uit gezondheidscentrum of hometeam	13 ( 7.0%)	12 ( 6.5%)	25 (13.5%)
- één of meerdere huisartsen waarmee wordt samengewerkt, echter niet in gezondheidscentrum om hometeam	12 ( 6.5%)	37 (20.0%)	49 (26.5%)
<b>totaal</b>	<b>67 (36.2%)</b>	<b>118 (63.8%)</b>	<b>185 (100%)</b>

Tabel 3.8.: varianten van de teams waarin wijkverpleegkundigen werkzaam zijn op het kleuterconsultatiebureau (absolute aantallen en procenten)

samen met:	consultatiebureau voor:		
	kleuters uit eigen wijk	kleuters zowel uit eigen wijk als uit wijk(en) van collega's	totaal
- één of meerdere CB-artsen	121 (64.4%)	35 (18.6%)	156 (83.0%)
- één of meerdere huisartsen waarmee ook samenwerking buiten het consultatiebureau	16 ( 8.5%)	16 ( 8.5%)	32 (17.0%)
<b>totaal</b>	<b>137 (72.9%)</b>	<b>51 (27.1%)</b>	<b>188 (100%)</b>

sultatiebureau doen, zij ook vrijwel altijd buiten het consultatiebureau met de desbetreffende huisarts samenwerken. Dit stemt overeen met de bevindingen van Hamers en Boerma (1985).

Als we de gegevens van de bureaupopulatie (kinderen uit eigen wijk en/of uit de wijk van collega's) en de gegevens uit tabel 3.6 combineren, kunnen we de meest voorkomende varianten samenstellen van de teams waarin wijkverpleegkundigen werkzaam zijn op de consultatiebureaus (zie tabel 3.7 en tabel 3.8).

Voor de kleuterbureaus hebben we de samenwerking met de huisartsen niet meer gesplitst naar gezondheidscentrum en hometeam of een andere wijze van samenwerking omdat er dan te kleine aantallen ontstaan.

Van de 106 huisartsen die werkzaam zijn op het zuigelingenbureau, houdt 52%\* bureau uitsluitend voor kinderen uit de eigen praktijk, 26% doet dit tevens voor kinderen uit de praktijk van collega's waarmee hij/zij samenwerkt, 12% tevens voor kinderen uit de praktijk van collega's uit de waarnemingsgroep, 29% tevens voor kinderen uit de praktijk van collega's waarmee hij/zij verder niet samenwerkt en 4% geeft aan dat het zuigelingenbureau geheel buiten hun praktijk valt. Van de 47 huisartsen die werkzaam zijn op het kleuterbureau houdt 46% bureau uitsluitend voor kinderen uit de eigen praktijk, 18% doet dit tevens voor kinderen uit de praktijk van collega's waarmee hij samenwerkt, 14% tevens voor kinderen uit de praktijk van collega's uit de waarnemingsgroep, 34% tevens voor kinderen uit de praktijk van collega's waarmee verder niet wordt samengewerkt en 8% geeft aan dat het kleuterbureau geheel buiten de praktijk valt. Hieruit blijkt dat zowel bij de zuigelingen- als kleuterbureaus ongeveer de helft van de huisartsen bureau houdt voor uitsluitend kinderen uit eigen praktijk en dat maar weinig huisartsen bureau houden voor uitsluitend kinderen die niet tot hun praktijk behoren.

In tabel 3.9 is vervolgens weergegeven met welke wijkverpleegkundigen de huisartsen samenwerken op het consultatiebureau. Uit deze tabel blijkt dat de meeste huisartsen ook buiten het consultatiebureau samenwerken met de wijkverpleegkundigen, al dan niet in een gestructureerd samenwerkingsverband. Dit is in overeenstemming met datgene wat de wijkverpleegkundigen zelf hebben aangegeven.

\* Deze percentages tellen op tot boven de 100% omdat sommige huisartsen meerdere antwoorden hebben aangegeven.

Tabel 3.9.: met welke wijkverpleegkundigen houden huisartsen samen  
consultatiebureau (in procenten)

	zuigelingen* bureau	kleuter- bureau
- met één of meerdere wijkverpleegkundige(n) uit gezondheidscentrum of hometeam	47.3	48.8
- met één of meerdere wijkverpleegkundige(n) waarmee hij samenwerkt, echter niet in gezondheidscentrum of hometeam-verband	47.3	41.9
- met één of meerdere wijkverpleegkundige(n) waarmee hij verder niet samenwerkt	8.8	11.6

\* Deze percentages tellen op tot boven de 100% omdat sommige huisartsen meerdere antwoorden hebben aangegeven.

Tabel 3.10.: varianten van de teams waarin huisartsen werkzaam zijn  
op het zuigelingenconsultatiebureau (absolute aantallen  
en percentages)

consultatiebureau voor:	samenwerking met:		totaal
	één of meer wijkverpleeg- kundigen uit gezondheids- centrum of hometeam	één of meer wijkverpleeg- kundigen <b>niet</b> uit gezond- heidscentrum of hometeam	
- zuigelingen uit eigen praktijk	17 (19.1%)	22 (24.7%)	39 (43.9%)
- zuigelingen ook van collega's, al dan niet binnen gezondheids- centrum of hometeam	11 (12.4%)	12 (13.5%)	23 (25.8%)
- zuigelingen ook van collega's waarmee ver- der geen samenwerking	14 (15.7%)	13 (14.6%)	27 (30.3%)
<b>totaal</b>	<b>42 (47.2%)</b>	<b>47 (52.8%)</b>	<b>89</b>

Als we de gegevens van de bureaupopulatie (kinderen uit eigen praktijk en/of uit de praktijk van collega's) en de gegevens uit tabel 3.9 combineren, kunnen we de meest voorkomende varianten samenstellen van de teams waarin huisartsen werkzaam zijn op het consultatiebureau (zie tabel 3.10).

In deze indeling zijn de huisartsen die zuigelingenbureau houden tevens voor kinderen van collega's tezamen genomen, ongeacht of dit collega's betreft uit een gezondheidscentrum of hometeam of uit een waarnemgroep, omdat anders de aantallen te klein worden voor nadere analyse.

Voor de kleuterbureau's hebben we géén indeling in varianten gemaakt omdat het aantal huisartsen (N=47) dat kleuterbureau doet gering is, zodat de celvullingen te klein worden voor nadere analyse.

Tot slot bespreken we de variantindeling van de teams waarvan **CB-artsen** deel uitmaken. Zowel voor het zuigelingen- als het kleuterbureau zijn voor hen twee varianten mogelijk in de teamsamenstelling. Ze kunnen namelijk samenwerken met wijkverpleegkundigen die bureau doen voor kinderen uit hun eigen wijk òf met wijkverpleegkundigen die tevens bureau doen voor kinderen uit de wijk(en) van collega's uit dezelfde basiseenheid. De verdeling van deze varianten is weergegeven in tabel 3.11.

Tabel 3.11.: varianten van de teams waarin CB-artsen werkzaam zijn op het zuigelingen- of kleuterbureau (absolute aantallen en percentages)

	samen met wijkverpleegkundige:		
	kinderen uit eigen wijk	kinderen zowel uit eigen wijk als uit wijk(en) van collega's	totaal
zuigelingenbureau	29 (60.4%)	19 (39.6%)	48 (100%)
kleuterbureau	42 (84.0%)	8 (16.0%)	50 (100%)

### 3.5.2. Organisatievorm en teamsamenstelling binnen de steekproef van de consumenten

Evenals aan de medewerkers van het consultatiebureau hebben we aan de ouders gevraagd of ze een bureau **nieuwe stijl** bezoeken en **welke**

arts ze op het bureau zien in verband met het analyseren van de verschillende varianten.

We hebben hen daartoe gevraagd of ze de arts en de verpleegkundige altijd allebei zien wanneer ze het consultatiebureau bezoeken of dat ze ook weleens alleen de wijkverpleegkundige of de arts zien.

Tabel 3.12.: aantal ouders dat met hun kind het bureau oude stijl of nieuwe stijl bezoek (absolute aantallen en percentages)

	oude stijl	nieuwe stijl	totaal	
	altijd wv en arts	alleen de wv wel eens apart	zowel de arts als de wv wel eens apart	
zuigelingen	88 (20.4%)	184 (42.7%)	159 (36.9%)	431 (50.1%)
kleuters	174 (40.5%)	128 (29.8%)	128 (29.8%)	430 (49.9%)
totaal	262 (30.4%)	312 (36.2%)	287 (33.3%)	841 (100%)

N.B. 49 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord.

Uit tabel 3.12 komt naar voren dat 80% van de ouders met zuigelingen een bureau nieuwe stijl bezoekt.

Het kleuterbureau wordt minder vaak in nieuwe stijl gegeven, dit is in overeenstemming met datgene wat we bij de medewerkers vonden. Toch gaat 60% van de ouders met hun kleuter naar een bureau nieuwe stijl.

In het algemeen zijn de percentages voor het bureau nieuwe stijl bij de consumenten hoger dan die we bij de medewerkers vonden. Blijkbaar zijn in de consumentensteekproef de regio's met veel bureaus nieuwe stijl oververtegenwoordigd.

We hebben we aan de ouders ook gevraagd welke arts ze op het consultatiebureau hebben. Uit de antwoorden komen de volgende varianten naar voren (tabel 3.13). We zien dat de meeste consumenten uit de steekproef hun eigen huisarts als CB-arts hebben. Dit geldt met name voor de ouders met zuigelingen. Qua aantal volgen daarna de consumenten die een CB-arts hebben en tenslotte ziet een gering percentage een huisarts die samenwerkt met de eigen huisarts.



Tabel 3.13.: verdeling van de artsen die volgens de consumenten de consultatiebureaus leiden (absolute aantallen en percentages)

	zuigelingen- bureau	kleuter- bureau
- eigen huisarts	276 (60.9%)	211 (46.2%)
- een huisarts van het gezondheidscentrum of een huisarts waar mijn huisarts mee samenwerkt	35 ( 7.7%)	19 ( 4.2%)
- een speciale CB-arts	102 (22.6%)	138 (30.2%)
- weet ik niet	40 ( 8.8%)	89 (19.4%)
totaal	453 (100%)	457 (100%)

Vergelijken we deze gegevens met die van de medewerkers van het consultatiebureau, dan zijn vooral bij de consumenten die het kleuterbureau bezoeken, degenen die hun huisarts zien op het bureau oververtegenwoordigd. Kleuterbureaus worden in het algemeen vaker door CB-artsen geleid, wat in de steekproef van de bureaumedewerkers ook het geval is.

Opvallend is verder dat 9% van de ouders met zuigelingen en bijna 20% van de ouders met kleuters niet weet of de arts op het consultatiebureau tevens een huisarts is of niet. Waarschijnlijk bezoeken een groot aantal van deze ouders een CB-arts, maar hoe groot dit aantal is, is op grond van deze gegevens niet in te schatten. Het enige wat we kunnen concluderen, is dat deze groep in ieder geval niet hun eigen huisarts ziet. Dat vooral een groot aantal ouders met kleuters niet weet of ze met een huisarts of een CB-arts te maken hebben, hangt waarschijnlijk samen met het feit dat gedurende de kleuterperiode het consultatiebureau veel minder frequent wordt bezocht dan gedurende de zuigelingenperiode.

#### **4. HET AANDEEL VAN HUISARTSEN, CB-ARTSEN EN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN IN DE ZORG VOOR ZUIGELINGEN EN KLEUTERS**

In dit hoofdstuk wordt het aandeel van de verschillende hulpverleners in de zorg voor zuigelingen en kleuters en de omvang van die zorg (vraagstelling 1 en 2) besproken. Voor huisartsen en wijkverpleegkundigen betreft dit de omvang van en de tijdsbesteding aan deze zorg zowel **binnen** als **buiten** de consultatiebureaus. Het aandeel van de CB-artsen heeft alleen betrekking op de zorg die **binnen** de consultatiebureaus wordt verleend.

De vraag **welke** taken er per beroepsgroep worden uitgevoerd komt in het volgende hoofdstuk aan de orde. Hier beperken we ons tot de meer cijfermatige gegevens. Indien mogelijk zullen onze bevindingen worden vergeleken met (landelijke) cijfers omtrent de zorg voor 0-4 jarigen, afkomstig uit andere bronnen.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde: Hoeveel contacten hulpverleners hebben met zuigelingen en kleuters binnen en buiten het consultatiebureau, hoeveel verschillende kinderen de beroepsgroepen per jaar op het consultatiebureau zien, alsmede de tijdsbesteding daaraan. Tot slot geven we nog aan in hoeverre er gespreksgroepen voor ouders of oudercursussen gegeven worden.

De resultaten worden apart voor zuigelingen- en kleuterbureaus weergegeven. Er bestaat echter nog een derde bureauvorm, waar tijdens elke zitting zowel zuigelingen als kleuters komen, het zogenaamde gemengde bureau. Omdat slechts een klein deel van de steekproef ( $\pm 18\%$ ) op deze wijze werkt, nemen we de gegevens hierover niet apart in de bespreking op. Ze zijn uiteraard wel bij de berekeningen betrokken. Tabellen met cijfers van deze gemengde bureaus zijn ter vergelijking in bijlage II opgenomen.

##### **4.1. Het aantal consulten met 0-4 jarigen binnen het consultatiebureau**

Het aantal contacten dat een bureaumedewerker met 0-4 jarigen heeft per jaar, is gelijk aan het aantal gegeven consulten op het consultatiebureau door de desbetreffende persoon. We hebben gevraagd naar het aantal consultatiebureauzittingen per maand (tabel 4.1) en het aantal kinderen dat per zitting wordt gezien (tabel 4.2). Het aantal consulten per beroepsgroep is hieruit op eenvoudige wijze te berekenen.

Tabel 4.1.: aantal consultatiebureauzittingen per maand per beroepsgroep voor de verschillende soorten bureaus (in procenten)

	zuigelingenbureau			kleuterbureau		
	huis- artsen (N=94)	CB- artsen (N=47)	wijk- verpleeg- kundigen (N=201)	huis- artsen (N=49)	CB- artsen (N=50)	wijk- verpleeg- kundigen (N=191)
minder dan 1	2	-	-	14	-	-
1	32	2	14	39	8	42
2	56	20	39	43	14	44
3	6	11	14	4	4	11
4	4	9	19	-	14	1
5	-	13	8	-	8	1
6	-	9	4	-	12	-
7 of meer	-	-	-	-	40*	-
7	-	6	-	-	-	-
8	-	13	2	-	-	-
9 of meer	-	17	-	-	-	-

\* Hoogst genoemde aantal kleuterbureaus is 16.

Alvorens deze berekening te maken kijken we eerst even naar de tabellen. In tabel 4.1 zien we hoe groot de verschillen zijn tussen de drie beroepsgroepen wat betreft het aantal zittingen dat ze houden. Huisartsen houden de minste zittingen, het merendeel van hen houdt niet meer dan twee zuigelingenbureauzittingen per maand (90%) en niet meer dan twee kleuterbureauzittingen (84%).

Van de wijkverpleegkundigen houdt voor de verschillende bureaus respectievelijk 53 en 86 niet meer dan twee zittingen per maand, terwijl dit bij de consultatiebureau-artsen in beide gevallen maar voor 22% het geval is. Bij deze laatste beroepsgroep doet 58% van de respondenten 5 of meer zuigelingenbureaus per maand, met een maximum van 20 zittingen, 60% doet dit voor de kleuterbureaus, met een maximum van 16 zittingen. Van de wijkverpleegkundigen zijn er maar weinig die zoveel zittingen houden, namelijk 14 en 1% voor de onderscheiden bureaus; van de huisartsen doet niemand meer dan 4 zittingen per soort bureau per maand.

Tabel 4.2.: aantal zuigelingen en kleuters per bureauzitting per beroepsgroep (in procenten)

	zuigelingenbureau			kleuterbureau		
	huis- artsen (N=94)	CB- artsen (N=48)	wijk- verpleeg- kundigen (N=202)	huis- artsen (N=44)	CB- artsen (N=51)	wijk- verpleeg- kundigen (N=200)
10 of minder	13	2	9	25	18	14
11-15	45	27	32	61	78	76
16-20	26	57	46	14	4	10
21-25	13	12	10	-	-	-
26 of meer	3	-	3	-	-	-

In tabel 4.2 zien we dat huisartsen duidelijk minder zuigelingen per zitting zien, 58% ziet 15 baby's of minder per keer, terwijl dit voor de consultatiebureau-artsen maar bij 29% het geval is en voor wijkverpleegkundigen bij 41%. Hoewel de verschillen bij de kleuterbureaus veel kleiner zijn is toch duidelijk dat de huisartsen hier juist de meeste kinderen per zitting zien, 14% ziet namelijk 16-20 kleuters. De consultatiebureau-artsen daarentegen zien maar in 4% van de gevallen 16-20 kleuters, de overige 96% ziet er minder per zitting.

Ter vergelijking enkele landelijke cijfers over het aantal consulten dat per zitting in 1983 werd gehouden (Nationale Kruisvereniging, 1986). Op de zuigelingenbureaus werden gemiddeld 14.2 consulten per zitting gegeven en op de kleuterbureaus 10.7. Het zijn gemiddelden, niet uitgesplitst naar beroepsgroep wat een verdere vergelijking niet mogelijk maakt.

We komen nu terug op het aantal consulten per jaar voor de verschillende bureau-medewerkers dat we als volgt berekend hebben. Door de gegevens uit tabel 4.1 en tabel 4.2 per persoon met elkaar te combineren hebben we binnen iedere beroepsgroep uitgerekend hoeveel consulten elke persoon per maand heeft gehouden op elk type bureau. De gevonden waarden zijn daarna met 12 vermenigvuldigd, waarvan de gemiddelden per beroepsgroep staan weergegeven in tabel 4.3.

Tabel 4.3.: het **gemiddelde** aantal consulten per beroepsgroep per jaar voor de verschillende soorten consultatiebureaus en de hoogste en laagste gevonden aantallen

	huisartsen	CB-artsen	wijkverpleegkundigen
zuigelingen- bureau	348 min. 36 max. 912	1212 min. 120 max. 6000	600 min. 120 max. 2592
kleuter- bureau	246 min. 72 max. 480	912 min. 60 max. 2520	270 min. 72 max. 1320

Omdat we bij de consultweergave gemiddelden hebben aangegeven, terwijl er uiteraard grote individuele verschillen zijn binnen iedere beroepsgroep, hebben we ter illustratie in tabel 4.3 ook de hoogste (maximum) en laagste (minimum) aantallen weergegeven welke we via onze berekeningen gevonden hebben.

Duidelijk is te zien dat CB-artsen gemiddeld de meeste consulten geven per jaar, zowel indien ze verbonden zijn aan zuigelingenbureaus als aan kleuterbureaus. Dit beeld vinden we terug in landelijke cijfers, hoewel daar niet het aantal consulten per beroepsgroep is weergegeven maar alleen het aandeel van iedere beroepsgroep in het totaal aantal consulten per jaar (Nationale Kruisvereniging, 1986). Deze verdeling is als volgt: In 1983 werd op de zuigelingenbureaus 31.3% van de consulten door huisartsen geleid en 48.9% door CB-artsen, op de kleuterbureaus was dit respectievelijk 17.8 en 70.4%. Van wijkverpleegkundigen zijn hier alleen de zelfstandig geleide consulten vermeld, die voor de zuigelingenbureaus 10.8% van het totale aantal bedroegen.

#### 4.2. Hoeveel verschillende kinderen zien de bureaumedewerkers per jaar

Volgens de huisartsen bezoeken zuigelingen gemiddeld 9 maal per jaar het consultatiebureau, volgens de CB-artsen en wijkverpleegkundigen 9.5 maal. Over het aantal bezoeken in de kleuterperiode van het kind melden de drie beroepsgroepen dat kleuters in het tweede levensjaar gemiddeld 2 maal het consultatiebureau bezoeken, in hun derde

levensjaar gemiddeld 1.5 maal en in hun vierde levensjaar gemiddeld 1.3 maal.

Deze cijfers gecombineerd met het aantal consulten per bureaumedewerker levert het aantal verschillende zuigelingen en kleuters op dat per beroepsgroep per jaar wordt gezien (tabel 4.4).

Tabel 4.4.: het **gemiddelde** aantal verschillende zuigelingen en kleuters dat per beroepsgroep op het consultatiebureau wordt gezien

	huisartsen	CB-artsen	wijkverpleegkundigen
zuigelingen	41	138	60
kleuters	164	588	170

Het is duidelijk dat CB-artsen ongeveer 3 maal zoveel verschillende zuigelingen zien per jaar en 3.5 maal zoveel kleuters als de huisartsen en de wijkverpleegkundigen.

#### **4.3. Hoeveel tijd besteden de bureaumedewerkers aan consultatiebureauwerk**

Bij tijdsbesteding aan het consultatiebureau beperken we ons tot de zogenaamde A-taken (zie 2.1.1).

In ons onderzoek vinden we dat de zuigelingenconsulten gemiddeld 10 minuten duren bij de huisartsen met een spreiding van 5 tot 30 minuten, 10.5 minuut bij de CB-artsen met een spreiding van 5-15 minuten en 9 minuten bij de wijkverpleegkundigen met een spreiding van 2-17 minuten. De kleuterconsulten duren volgens de huisartsen gemiddeld 11 minuten met een spreiding van 5-20 minuten, volgens de CB-artsen is dit 11 minuten en tussen de 10 en 20 minuten en volgens de wijkverpleegkundigen 10.5 minuut en tussen de 3 en 20 minuten.

Opvallend is dat de CB-artsen, zowel wat de contactfrequentie (4.2) als wat de tijdsduur per consult betreft een kleinere spreiding vertonen. Zij lijken zich meer aan bepaalde standaardnormen te houden dan de andere beroepsgroepen.

Verder hebben we alle bureaumedewerkers gevraagd hoeveel uur ze per maand aan zuigelingen en/of kleuterconsultatiebureaus besteden. In

tabel 4.5 geven we hiervan de resultaten weer, omgerekend naar een jaar.

Tabel 4.5.: aantal uren per jaar per beroepsgroep besteed aan consultatiebureauzittingen

	zuigelingenbureau			kleuterbureau		
	huis- artsen (N=92)	CB- artsen (N=46)	WVK (N=197)	huis- artsen (N=43)	CB- artsen (N=48)	WVK (N=189)
60 uur of minder	76	9	30	79	19	60
61-120 uur	23	28	44	19	13	33
121-180 uur	1	17	18	2	19	5
181-240 uur	-	11	7	-	10	1
241-300 uur	-	13	2	-	15	-
meer dan 300 uur	-	22	-	-	25	-

Voor de volledigheid geven we per beroepsgroep de gemiddelden en de spreiding weer.

Aan de zuigelingenbureaus besteden huisartsen gemiddeld 58 uur per jaar, met een spreiding tussen 12 en 180 uur, CB-artsen gemiddeld 211 uur, met een spreiding tussen 36 en 840 uur en wijkverpleegkundigen 106 uur, met een spreiding tussen 12 en 264 uur per jaar. Voor de kleuterbureaus vinden we de volgende gemiddelden: huisartsen 52 uur per jaar met een spreiding tussen 24 en 360 uur, CB-artsen 216 uur, met een spreiding tussen 12 en 624 uur en wijkverpleegkundigen 66 uur met een spreiding tussen 12 en 492 uur. We zien dan dezelfde verschillen tussen de beroepsgroepen als in tabel 4.1, waarin het aantal consultatiebureauzittingen is weergegeven. Namelijk dat huisartsen gemiddeld het minste uren aan consultatiebureauwerk besteden, wijkverpleegkundigen iets meer en CB-artsen het meeste. Hoewel CB-artsen de kinderen van het consultatiebureau verder niet meer zien door het jaar heen is het duidelijk dat ze van de drie beroepsgroepen de meeste ervaring hebben, omdat ze de meeste kinderen zien en er in totaal de meeste tijd aan besteden. Het gaat hier echter om gemiddelden, er zijn ook CB-artsen die minder ervaring per jaar hebben dan bijvoorbeeld de gemiddelde huisarts of wijkverpleegkundige. Deze laatste twee groepen zien echter veel kinderen nog buiten het consultatiebureau, waar we in de volgende paragraaf op terugkomen.

#### 4.4. De contacten van de bureamedewerkers met 0-4 jarigen buiten het consultatiebureau

In ons onderzoek hebben we huisartsen **niet** gevraagd naar het aantal contacten met 0-4 jarigen buiten het consultatiebureau en naar de tijdsduur van deze contacten, omdat deze gegevens alleen met behulp van een vragenlijst niet betrouwbaar te verkrijgen zijn. We zijn voor gegevens hierover derhalve aangewezen op andere bronnen.

Huisartsen zien 72% van de zuigelingen en kleuters uit zijn of haar praktijk ongeveer vijf maal per jaar tijdens spreekuur of visite (CBS, 1984); de rest (28%) ziet hij of zij niet meer buiten het consultatiebureau.

Uit een studie naar tijdsbesteding van huisartsen gehouden door het NIVEL (Haalbaarheidsstudie, 1986) komt naar voren dat 6 van de 10 zuigelingencontacten uit visites en 4 uit spreekuurcontacten bestaat. Voor de kleuters is deze verhouding bijna omgekeerd, slechts 3 van de 10 contacten vinden plaats via visites en 7 via het spreekuur.

Wat de tijdsduur van deze contacten betreft, blijkt dat 65% van de contacten met zuigelingen buiten het consultatiebureau 6-10 minuten duren, zowel op het spreekuur als tijdens een visite. Een kwart van de spreekuurcontacten duurt korter (1-5 minuten) en een kwart van de visites langer (11-20 minuten).

Ook de contacten met de kleuters duren meestal 6-10 minuten, namelijk 59% van de spreekuurcontacten en 72% van de visites; meer van de spreekuurcontacten duren echter korter (34%) en minder visites duren langer: 19% duurt 11-20 minuten.

De contacten buiten het consultatiebureau die **wijkverpleegkundigen** hebben met 0-4 jarigen bestaan uit huisbezoeken die voor 90% worden afgelegd in verband met het consultatiebureau. Dit blijkt uit WAS-gegevens die in Noord-Brabant (1982) en Nijmegen (1984) zijn verzameld. Naar het afleggen van deze huisbezoeken hebben we de wijkverpleegkundigen in ons onderzoek gevraagd. Hieruit blijkt dat 90% van hen zuigelingenhuisbezoeken aflegt en wel gemiddeld 2.6 maal per kind per jaar met een variatie tussen 1 en 8 maal. Kleuterhuisbezoek wordt door 66% van de wijkverpleegkundigen afgelegd, met een gemiddelde van 1.2 maal per jaar per kind.

Over de duur van deze huisbezoeken is weinig bekend. De Nationale Kruisvereniging (1985) **schat** een huisbezoek op 40 minuten en in Twente (Hoeksma, 1985) werd gemiddeld een uur gemeten. Wij hebben



dit verder niet gemeten in ons onderzoek. Wel hebben we onderzocht hoe vaak wijkverpleegkundigen contacten hebben via het telefonisch spreekuur met ouders van 0-4 jarigen. We hebben dit echter niet aan de wijkverpleegkundigen zelf gevraagd, omdat het bleek dat dit door hen moeilijk te beantwoorden is, maar aan de consumenten. Van deze laatsten geeft 52% aan dat ze tussendoor wel eens gebeld hebben naar het consultatiebureau. Ouders van zuigelingen hebben dit iets vaker gedaan (54%) dan die van kleuters (49%). Hoewel duidelijk is dat het telefonisch bereikbaar zijn in een behoefte voorziet, kunnen we hier verder voor de wijkverpleegkundigen niets over zeggen.

Hoeveel uur per jaar huisartsen en wijkverpleegkundigen de zuigelingen en kleuters uit hun praktijk of wijk zien buiten het consultatiebureau is niet te zeggen omdat er teveel schakels in de tijdsmetingen ontbreken. We weten alleen dat ze bij huisartsen 8.4% (Haalbaarheidsstudie, 1984) en bij wijkverpleegkundigen 13.7% van de zorgtijd buiten het consultatiebureau kosten (Nationale Kruisvereniging, 1986b).

#### 4.5. Groepsvoorlichting aan ouders

Behalve tijdens de consultatiebureauzittingen wordt op veel plaatsen in het land nog op een andere manier voorlichting gegeven over gezondheid en opvoeding van 0-4 jarigen en wel via aparte cursussen of gespreksgroepen voor aanstaande ouders, voor zuigelingen en voor kleuters. Hoe dit in zijn werk gaat wordt duidelijk beschreven door Bastiaanse e.a. (1985). Zij wijzen erop dat dergelijke gespreksgroepen een belangrijke aanvulling kunnen zijn op het consultatiebureauwerk en het huisbezoek van de wijkverpleegkundige en dat deze bijeenkomsten door veel ouders gewaardeerd worden. Hoewel de cursussen meestal worden georganiseerd vanuit het kruiswerk, worden ze lang niet altijd door wijkverpleegkundigen geleid. De gespreksgroepen worden meestal in een reeks van 4 tot 6 bijeenkomsten gehouden en in 1982 zijn er hiervan in het hele land ongeveer 800 georganiseerd voor ouders van zuigelingen, peuters en kleuters (Bastiaanse e.a., 1985).

In ons onderzoek hebben wij alleen **de wijkverpleegkundigen** gevraagd of er bij hen in de wijk cursussen of gespreksgroepen worden gehouden, omdat de organisatie van dergelijke bijeenkomsten van het kruiswerk uitgaan. Dit blijkt bij een minderheid van hen het geval te zijn: 44% zegt dat er cursussen voor a.s. ouders gegeven worden,

9% zegt dat er zuigelingencursussen en 55% dat er kleutercursussen worden gehouden. Welke inbreng de wijkverpleegkundigen hierin hebben geven we respectievelijk aan voor de cursussen van a.s. ouders, zuigelingen en kleuters:

- De voorbereiding verzorgen: 82 - 64 - 75%;
- alleen of samen met anderen de leiding hebben: 68 - 57 - 49%;
- alleen aanwezig zijn, eventueel als gastvrouw: 6 - 7 - 22%;
- evalueren van de bijeenkomsten: 53 - 57 - 54%;
- organiseren van koffie-ochtenden of thema-avonden: 7 - 21 - 7%.

Op onze vraag hoeveel van hen het afgelopen jaar daadwerkelijk hebben meegewerkt aan een of andere cursus of gespreksgroep antwoordt 25% van de respondenten dit te hebben gedaan voor a.s. ouders, 5% voor zuigelingen en 30% voor kleuters. Het aantal bijeenkomsten dat is opgegeven varieert van 1 tot 7, met een gemiddelde van 4 à 5.

Tot slot zijn we nagegaan van hoeveel kinderen er ouders deelnemen aan zo'n cursus of gespreksgroep. Hier blijken grote plaatselijke verschillen te bestaan: de cursussen voor a.s. ouders worden gemiddeld door 9 ouders bezocht, met een spreiding tussen 1 en 18, voor zuigelingen en ook voor kleuters gemiddeld door 11 ouders, met een spreiding van 1 en 40 personen. De opkomst is dus lang niet overal goed te noemen, wat ook blijkt uit opmerkingen welke een aantal respondenten plaatsen, zoals: 'niet meer', 'stopgezet', 'onvoldoende animo' en 'alleen nog thema-avonden'. Op andere plaatsen worden vanwege de geringe opkomst per wijk de cursussen per basiseenheid of zelfs voor de gehele gemeente gezamenlijk georganiseerd. Duidelijk is in ieder geval dat er het meeste behoefte is aan kleutercursussen, wat vermoedelijk samenhangt met de geringe frequentie van het kleuterbureau en het soort problemen dat kinderen op deze leeftijd voor de ouders opleveren.

#### 4.6. Samenvatting

Hoe is de omvang van de zorg voor 0-4 jarigen en het aandeel erin van de verschillende beroepsgroepen? Eerst hebben we daarvoor gekeken naar het **aantal CB-zittingen** per jaar: de huisartsen in deze steekproef houden gemiddeld 22 zittingen per jaar op het zuigelingen consultatiebureau en 16 op het kleuter consultatiebureau, wijkverpleegkundigen 35 op het zuigelingen consultatiebureau en 21 op het kleuter consultatiebureau en CB-artsen 62 en 74 zittingen per jaar. Gelijksoorige verschillen tussen de beroepsgroepen vonden we voor

het aantal consulten per jaar, het aantal uren besteed aan het CB en het aantal kinderen dat per jaar op het consultatiebureau gezien wordt. Het gemiddeld aantal consulten per jaar is voor huisartsen 348 op zuigelingenbureaus en 246 op kleuterbureaus, voor wijkverpleegkundigen is dat 600 en 270 en voor CB-artsen maar liefst 1212 en 912.

Het **aantal uren** dat per jaar aan het consultatiebureau wordt besteed is voor de huisartsen gemiddeld 58 op de zuigelingen- en 52 op de kleuterbureaus, voor de wijkverpleegkundigen is dat 106 en 66 uur en voor de CB-artsen 211 en 217 uur.

Tenslotte is het **aantal verschillende kinderen** dat door de bureau-medewerkers per jaar op het consultatiebureau wordt gezien voor de huisartsen gemiddeld 41 zuigelingen en 164 kleuters, voor de wijkverpleegkundigen 60 zuigelingen en 171 kleuters en voor de CB-artsen 138 zuigelingen en 588 kleuters.

Uit deze cijfers is duidelijk dat CB-artsen gemiddeld zowel meer zittingen houden, langer met consultatiebureauwerk bezig zijn en meer verschillende kinderen zien per jaar. Op grond hiervan kan gezegd worden dat deze artsen het meest ervaring hebben met de groep 0-4 jarigen **voorzover** het CB-contacten betreft.

Huisartsen en wijkverpleegkundigen die meestal dus minder ervaring hebben met 0-4 jarigen via het consultatiebureau doen echter via hun praktijk of wijk extra ervaring op door contacten met kinderen uit dezelfde leeftijdsgroep. In ons onderzoek vonden we dat 90% van de wijkverpleegkundigen op huisbezoek gaat bij zuigelingen en wel gemiddeld 2.6 maal per kind, bij kleuters doen ze dit maar in 66% van de gevallen en gemiddeld 1.2 maal per jaar. Aan de huisarts hebben we geen vragen kunnen stellen over het aantal contacten dat ze per jaar hebben met 0-4 jarigen, omdat de beantwoording hiervan te veel tijd zou kosten. We hebben onze gegevens daarom aangevuld met gegevens uit andere bronnen. Volgens CBS-gegevens (CBS, 1984) zien huisartsen 72% van de 0-4 jarigen uit hun praktijk ook buiten het consultatiebureau en wel 5 maal per jaar. NIVEL onderzoek (Haalbaarheidsstudie, 1986) leerde ons hoelang een huisartscontact duurt, zowel voor zuigelingen als kleuters duurt dit gemiddeld 6-10 minuten, ongeacht het soort contact. Een huisbezoek duurt volgens schattingen van de Nationale Kruisvereniging (1985) gemiddeld 40 minuten. Uit deze gegevens tesamen kunnen we alleen concluderen dat huisartsen zuigelingen en kleuters gemiddeld vaker zien buiten het consultatiebureau dan wijkverpleegkundigen, maar wel korter. Bovendien kennen zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen daardoor de gezinssituatie

van het kind, waardoor ze deze kinderen, indien ze uit eigen praktijk of wijk komen veel beter dan de CB-artsen. Zien ze op het bureau niet de kinderen uit hun eigen wijk of praktijk dan nog hebben ze wel meer ervaring met deze leeftijdsgroep dan alleen uit hun contacten op het consultatiebureau.

## 5. DE TAAKVERDELING OP HET CONSULTATIEBUREAU

In dit hoofdstuk komt aan de orde welke taken er door welke hulpverleners op het consultatiebureau worden uitgevoerd. Vervolgens wordt nagegaan of deze taakverdeling verschilt voor de onderscheiden organisatievormen en teamsamenstellingen van het consultatiebureau. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een weergave van de redenen waarom artsen en wijkverpleegkundigen consultatiebureau doen of dit juist niet doen.

### 5.1. De taakverdeling zoals die in de praktijk voorkomt

Om inzicht te krijgen in de taakverdeling tussen de hulpverleners op het consultatiebureau hebben we aan de hand van de door ons in 2.1.1 aangegeven taakomschrijvingen een takenlijst opgesteld. Deze is voorgelegd aan alle respondenten met het verzoek aan te geven door wie elk van deze taken bij hen op het bureau **feitelijk** wordt uitgevoerd. De antwoordmogelijkheden hierbij zijn: 'de arts', 'zowel de wijkverpleegkundige als de arts', 'de wijkverpleegkundige' en 'niet op het consultatiebureau'. Het resultaat van deze vraag is weergegeven in tabel 5.1.

De antwoordcategorie 'niet op het consultatiebureau' is in deze tabellen weggelaten omdat dit de overzichtelijkheid ten goede komt en deze maar weinig is gebruikt door de respondenten. In feite is deze categorie hoofdzakelijk gebruikt bij de taken 'uitvoering van de Boel-test' en 'uitvoering van de Ewing-test'. Omdat deze testen elkaar voor een gedeelte overlappen, wordt er meestal maar één van de twee uitgevoerd, waarvan de Ewing-test veel vaker wordt gebruikt dan de Boel-test.

Een eerste bestudering van tabel 5.1 leert dat volgens de meerderheid van de drie beroepsgroepen ongeveer de helft van de taken op het consultatiebureau door de wijkverpleegkundige en de arts samen wordt uitgevoerd. Twee taken worden bijna altijd alleen door de wijkverpleegkundige uitgevoerd, namelijk 'huisbezoek voorafgaand aan of in aansluiting op het consultatiebureau' en 'meten en wegen'. Ook zijn er enkele taken waarvan meer dan de helft van de respondenten aangeeft dat ze alleen door de arts worden verricht, dit zijn: 'het

Tabel 5.1.: de personen door wie de inhoudelijke taken van het consultatiebureau worden uitgevoerd, zoals aangegeven door de drie beroepsgroepen (in procenten)

	huisartsen			CB-artsen			wijkverpleeg- kundigen			
	arts + arts	WV	WV + arts	arts + arts	WV	WV + arts	arts + arts	WV	WV + arts	
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	38	60	2	47	53	-	23	72	8	**
- het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	65	34	1	71	29	-	63	37	-	
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	36	55	6	44	53	2	30	62	6	
- het observeren van de ouder-kindrelatie	9	82	5	4	96	-	-	90	9	**
- het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	34	50	7	65	34	-	40	57	3	**
- het systematisch observeren van gedrag	20	60	4	24	70	2	14	81	3	
- het geven van gezondheidsvoorlichting	8	75	16	13	84	4	2	81	17	**
- het geven van voedingsvoorlichting	6	48	45	11	74	14	9	46	46	**
- het geven van opvoedingsvoorlichting	12	70	13	11	85	4	8	73	17	
- het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefituatie	35	49	6	24	68	7	22	63	12	*
- het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	5	78	11	-	93	5	1	69	25	**
- het doen van inentingen	54	36	7	58	31	7	55	36	8	
- het uitvoeren van de Ewing-test	4	6	56	9	32	19	3	21	45	**
- het testen van het gezichtsvermogen	34	10	32	55	30	11	56	13	26	*
- het uitvoeren van de BOEL-test	6	5	13	6	2	-	15	2	1	**
- registratie	6	64	30	11	65	22	3	42	55	**
- huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	1	10	89	-	5	94	-	2	97	*
- meten en wegen	1	3	96	-	4	96	-	-	100	
- medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	60	3	37	73	25	-	41	56	2	**

\* Significante verschillen tussen de beroepsgroepen voor  $p \leq .05$ .

\*\* Significante verschillen tussen de beroepsgroepen voor  $p \leq .001$ .

systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling', 'het doen van inentingen' en 'medische gegevens bestuderen uit de voorgeschiedenis van het kind'. Deze taken zouden kunnen worden aangeduid als typisch wijkverpleegkundige-taken, respectievelijk typisch artsen-taken.

## 5.2. Verschillen tussen de beroepsgroepen

Bij nadere bestudering van tabel 5.1 valt op dat er voor de meeste taken **tussen** de beroepsgroepen nogal wat verschillen bestaan over de persoon die de taken uitvoert. Dit geldt echter niet voor alle taken in dezelfde mate. Weinig verschil bestaat er over de uitvoering van de volgende taken: 'het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling', 'het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling', 'het systematisch observeren van gedrag', 'het geven van opvoedingsvoorlichting', 'het doen van inentingen', 'huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het consultatiebureau' en 'meten en wegen'. Over de uitvoering van alle overige taken bestaan er significante verschillen tussen de verschillende beroepsgroepen.

Vergelijken we vervolgens de twee groepen **artsen** met elkaar dan geldt voor bijna alle taken dat huisartsen deze minder vaak alleen uitvoeren dan CB-artsen. Alleen 'het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie' wordt door de huisartsen vaker zelf gedaan dan samen met de wijkverpleegkundige. Ook laten huisartsen de uitvoering van veel taken meer over aan de wijkverpleegkundige dan de CB-artsen. Dit geldt met name voor de volgende taken: 'het geven van voedingsvoorlichting', 'het uitvoeren van de Ewing-test', 'het testen van het gezichtsvermogen' en 'medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen'.

Verder valt in tabel 5.1 te zien dat de taakverdeling zoals die door wijkverpleegkundigen wordt aangegeven voor de meeste taken zowel afwijkt van de opgave van de huisartsen als van die van de CB-artsen. Dit kan komen doordat de wijkverpleegkundigen als totale groep worden vergeleken met de verschillende artsen, terwijl sommige wijkverpleegkundigen met een huisarts consultatiebureau doen en anderen met een CB-arts. Om na te gaan of dit het geval is, worden de wijkverpleegkundigen opgesplitst in verschillende groepen al naar gelang de teamsamenstelling. Dit gebeurt in de volgende paragraaf.

Tabel 5.2.: significante verschillen bij de **feitelijke** taakverdeling op verschillende analyse-niveaus

	tussen <sup>1)</sup> beroeps- groepen	verschillen tussen varianten		
		wijkver- verpl.	CB-arts	huis- arts
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	XX	$\chi^3$ )		
- het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling				
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling		$\chi^2$ )	$\chi^3$ )	
- het observeren van de ouder-kindrelatie	XX			
- het systematisch volgen van de spraak- en taal-ontwikkeling	XX			
- het systematisch observeren van gedrag		$\chi^3$ )		X
- het geven van gezondheidsvoorlichting	XX			
- het geven van voedingsvoorlichting	XX	$\chi^2$ )		
- het geven van opvoedingsvoorlichting				
- het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	X	$\chi^3$ )		
- het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	XX			
- het doen van inentingen		$\chi^2$ )	$\chi^3$ )	
- het uitvoeren van de Ewing-test	XX	$\chi^4$ )		
- het testen van het gezichtsvermogen	X	$\chi^4$ )		
- het uitvoeren van de BOEL-test	XX			
- registratie	XX			
- huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	X	$\chi^3$ )		
- meten en wegen		$\chi^3$ )		
- medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	XX	$\chi^3$ )		

X significant voor  $p \leq .05$

XX significant voor  $p \leq .001$

1) tussengroepverschillen zijn overgenomen uit tabel 5.1

2) significantie geldt alleen voor de zuigelingenvarianten

3) significantie geldt alleen voor de kleutervarianten

4) significantie geldt zowel voor de kleuter- als de zuigelingenvarianten



### 5.3. Verschillen bij de onderscheiden teamsamenstellingen

Behalve bij de wijkverpleegkundigen is het ook belangrijk bij de huisartsen en CB-artsen te onderzoeken of de taakverdeling binnen de verschillende teamsamenstellingen van elkaar verschillen. We hebben dit daarom voor alle drie de beroepsgroepen gedaan en wel aan de hand van de indeling in teamsamenstellingen per beroepsgroep (zie 3.5.1). Het resultaat van deze analyse is weergegeven in tabel 5.2.

Hieruit blijkt dat bij huisartsen slechts bij één taak sprake is van een significant verschil in taakuitvoering tussen de onderscheiden teamsamenstellingen, namelijk bij de taak: 'het systematisch volgen van spraak- en taalontwikkeling'. Deze taak laten de huisartsen op het zuigelingenbureau minder vaak over aan de wijkverpleegkundige indien er ook kinderen komen van andere collega's en nog minder indien er alleen kinderen komen uit eigen praktijk en hij/zij de wijkverpleegkundige alleen kent uit een samenwerking die niet ligt binnen een gezondheidscentrum of hometeam. Bij de CB-artsen is er een significant verschil voor de taken 'het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling' en 'het doen van inentingen': komen de kinderen niet alleen uit de eigen wijk van de wijkverpleegkundige, dan neemt de arts deze taken helemaal alleen onder haar/zijn hoede.

Bij de wijkverpleegkundigen daarentegen komen veel significante verschillen in taakuitvoering voor, al naar gelang de samenstelling van het team waarin ze participeren.

We vinden dat wijkverpleegkundigen die bureau doen met een huisarts voor kleuters uit hun eigen wijk meer eigen inbreng hebben bij de uitvoering van de volgende taken: 'het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling', 'het systematisch observeren van gedrag', 'het uitvoeren van de Ewing-test' en 'het testen van het gezichtsvermogen'. Voor wijkverpleegkundigen die bureau doen voor de zuigelingen uit eigen wijk met een huisarts zien we ditzelfde beeld voor de taken: 'het systematisch volgen van emotionele ontwikkeling' en 'het uitvoeren van de Ewing-test'.

Bij de voedingsvoorlichting is er bij de wijkverpleegkundige altijd sprake van meer eigen inbreng indien ze zuigelingen uit haar/zijn wijk op het consultatiebureau ziet, ongeacht de arts waarmee wordt samengewerkt. Meer inbreng dan binnen andere varianten heeft de wijkverpleegkundige bij 'het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie' wanneer zij/hij kleuterbureau houdt met een CB-arts en tevens kinderen ziet uit wijken van collega's.

Samenvattend betekent dit dat de taakuitvoering zowel binnen de groep huisartsen als binnen de groep CB-artsen vrij eenduidig geschiedt. Dit kan niet gezegd worden van de wijkverpleegkundigen, waar blijkt dat er bij de teams van verschillende samenstelling vaak sprake is van een taakuitvoering door andere personen. Een duidelijke verklaring hiervoor is niet direct aan te wijzen. Ter controle gaan we daarom na of door personen die samen een consultatiebureau-team vormen eenzelfde taakverdeling wordt opgegeven.

#### 5.4. Verschillen binnen de consultatiebureau-teams

Om na te gaan of er **binnen** consultatiebureauteams misschien ook sprake is van verschillen tussen de teamleden hebben we de teams in de analyse betrokken. Van de 215 teams zijn de 161 teams van twee personen gebruikt voor deze controle. De 54 overige teams, die bestaan uit 3, 4 of 5 personen hebben we buiten beschouwing gelaten om de analyse niet nodeloos ingewikkeld te maken. Van de 161 teams zijn er 71 waarin een wijkverpleegkundige met een huisarts samenwerkt en 90 met een CB-arts. Kijken we eerst naar de taakuitvoering binnen de subgroep van teams waar een wijkverpleegkundige samenwerkt met een **CB-arts**. We zien dan dat slechts bij één taak de significante verschillen tussen de beroepsgroepen verdwijnen die in tabel 5.1 en 5.2 staan aangegeven, namelijk bij 'het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie' en komen er zelfs drie bij: 'het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling', 'het systematisch observeren van gedrag' en 'het geven van opvoedingsvoorlichting'. Er zijn dus maar 5 taken waarvoor CB-artsen en wijkverpleegkundigen die deel uitmaken van hetzelfde team de feitelijke taakverdeling ongeveer hetzelfde aangeven.

Hoe ligt dit bij de andere subgroep waar wijkverpleegkundigen met een **huisarts** een team vormen? Hier verdwijnen bij vergelijking met tabel 5.1 en 5.2 bij de volgende taken de significante verschillen: 'het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling', 'het geven van voedingsvoorlichting', 'het begeleiden van of hulpgeven aan de ouders', 'het uitvoeren van Ewing- of Boel-test' en 'de medische gegevens bestuderen uit de voorgeschiedenis van het kind'. Wel zijn ook hier drie nieuwe significante verschillen te melden en wel voor de taken: 'het systematisch observeren van gedrag', 'het geven van opvoedingsvoorlichting' en 'meten en wegen'. In deze tweede subgroep zijn er in totaal 9 taken zonder significante verschillen en is de significantie bij de andere taken in bijna alle geval-

len veel minder hoog dan in de subgroep met de CB-artsen.

Deze toetsingen binnen de aparte teams laten zien dat de verschillen tussen de beroepsgroepen en binnen de totale groep van wijkverpleegkundigen die we in eerste instantie vonden, niet zijn toe te schrijven aan verschillen tussen de onderscheiden teamsamenstellingen. Er is sprake van echte verschillen tussen de personen die samen één team vormen over de feitelijke taakverdeling.

Wat moeten we van dit resultaat denken? Kan het zijn dat personen die samen consultatiebureau doen hun eigen en elkaars handelen zo verschillend beoordelen, of speelt mee dat iedereen elk stukje dat hij of zij zelf uitvoert ook weer wil geven? Voor een aantal taken is het aangeven wat iedereen er aan bijdraagt niet even gemakkelijk. Dat lijkt ons echter toch geen voldoende verklaring. Wij denken dat er zeker nog twee andere zaken in het geding zijn. Allereerst kan voor de artsen meespelen dat zij zich uiteindelijk verantwoordelijk voelen voor een aantal taken die in feite door de wijkverpleegkundigen worden uitgevoerd. Hij of zij zal dan vaker vinden dat een dergelijke taak gezamenlijk wordt uitgevoerd, terwijl de wijkverpleegkundige aangeeft dat zij de taak **alleen** uitvoert (zie tabel 5.1). Ook omgekeerd zijn er taken waarbij meer wijkverpleegkundigen vinden dat ze deze samen met de arts uitvoeren, terwijl de arts vindt dat hij of zij deze eigenlijk alleen uitvoert. Dergelijke interpretatiefouten zouden echter niet zo frequent dienen voor te komen. Dat brengt ons bij de tweede oorzaak die wij vermoeden, namelijk het ontbreken van een duidelijke verdeling over de beroepsgroepen van de taken van het consultatiebureau. Weliswaar zijn in hoofdstuk 2 alle taken van het consultatiebureau gepresenteerd, maar een exacte verdeling ervan over de onderscheiden medewerkers hebben we niet gevonden. Met name bij de CB-artsen die een uitputtende taakopsomming geven, hebben we hierover geen nadere precisering gevonden, waaruit afgeleid zou kunnen worden dat ze **alle** genoemde taken geheel of gedeeltelijk zelf dienen uit te voeren.

### **5.5. Verschillen tussen bureaus oude stijl en nieuwe stijl**

Als laatste hebben we onderzocht of personen die werken op een bureau nieuwe stijl een andere taakverdeling aangeven dan zij die op een bureau oude stijl werken. Dit blijkt bij huisartsen en CB-artsen slechts voor enkele taken het geval te zijn, nl. voor 'het doen van inentingen' voor beide groepen artsen en 'het geven van gezondheids-

voorlichting' voor CB-artsen. De verschillen laten zien, dat op het bureau nieuwe stijl bij de uitvoering van deze taken sprake is van meer inbreng van de wijkverpleegkundige.

De wijkverpleegkundigen zelf geven dezelfde tendens aan in de taakverdeling op het bureau nieuwe stijl voor maar liefst de helft van alle taken. Het gaat hier om de volgende taken: het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling, van de psychomotorische ontwikkeling, de emotionele ontwikkeling en de spraak- en taalontwikkeling; het geven van gezondheidsvoorlichting, voedingsvoorlichting en opvoedingsvoorlichting; het doen van inentingen en het testen van het gezichtsvermogen.

Hieruit blijkt dat in de ogen van de wijkverpleegkundigen hun inbreng in de taakuitvoering op de bureaus nieuwe stijl duidelijk groter is dan op de bureaus oude stijl.

### 5.6. Redenen om wel of niet consultatiebureau te doen

Waarom doen artsen en verpleegkundigen consultatiebureau of waarom doen ze dit juist niet? Tabel 5.3 geeft een overzicht van de motieven van de verschillende beroepsgroepen.

Tabel 5.3.: redenen om consultatiebureau te doen per beroepsgroep (in procenten)

	huisarts	CB-arts	wijkverpleegkundige
- CB-werk is zinvol	49		55
- er gaat een preventieve werking uit van het CB	45	15*	55
- ik vind het leuk om CB te doen	52	78	30
- het is een mogelijkheid tot extra samenwerking met de wijkverpleegkundige (uit het team)	33		
- om financiële redenen	9	24	
- CB-werk hoort gewoon bij het werk van de huisarts	91	4*	
- het is gebruikelijk binnen ons samenwerkingsverband	33		17
- CB geeft extra contacten met gezonde kinderen/kinderen uit praktijk	9*		
- CB is goed te combineren met het zorgen voor een gezin		76	
- CB-werk is goed te combineren met mijn andere werkzaamheden		32	
- CB is enige mogelijkheid om als arts te werken		15*	
- CB is onderdeel opleiding JGZ		6*	
- ik doe CB voor mijn echtgenoot		4*	
- iedereen in de basis eenheid doet CB			76
- CB is essentieel onderdeel van het werk van de wijkverpleegkundige			6*

N.B. Per persoon kan meer dan één reden genoemd zijn.

\* Deze vragen zijn aan de betreffende beroepsgroep niet expliciet gevraagd, maar uit eigen beweging opgegeven.

Het blijkt dat 91% van de huisartsen consultatiebureau doet omdat ze vinden dat het bij hun werk hoort, bovendien vinden velen van hen het preventief, zinvol en leuk.

Vijfenvijftig procent van de wijkverpleegkundigen geven als reden op dat ze het preventief en zinvol vinden, slechts 30% doet het omdat ze het leuk vinden en 76% zegt het te doen omdat iedereen in de basiseenheid het doet. Dit laatste percentage wijst er op dat individuele wijkverpleegkundigen meestal geen keuze hebben om wel of geen consultatiebureauwerk te doen. Het hoort als vanzelfsprekend bij de taken van een all-round werkende wijkverpleegkundige. Zes procent meldt ongevraagd dat het consultatiebureau een essentieel onderdeel van hun werk vormt. Wanneer dit laatste echter expliciet aan hen wordt gevraagd, geeft 84% van de wijkverpleegkundigen aan dat ze het consultatiebureau een belangrijk en substantieel onderdeel van hun werk vinden.

Consultatiebureau-artsen doen het vooral omdat ze het leuk vinden en omdat het goed te combineren is met het zorgen voor een gezin of ander werk; een kwart van hen vindt de honorering belangrijk. Slechts 15% van hen noemt als reden dat het consultatiebureau een preventieve werking heeft, maar het niet opgeven door ons van die antwoordcategorie aan hen kan hier voor een deel debet aan zijn.

Op de vraag aan huisartsen die geen consultatiebureau houden waarom dat zo is geeft 12% van hen geen antwoord. Bij de overige 74 personen komen de volgende antwoorden het meest voor: de kruisvereniging staat het niet toe (35%), ik heb er geen tijd voor (20%), degene met wie ik samenwerk of mijn echtgenote doet het (13%). Verder vindt 14% van hen dat het zuigelingenbureau beter aan consultatiebureau-artsen kan worden overgelaten en 13% dat dit voor het kleuterbureau zo is. Tenslotte geeft 10% van hen aan dat de huisartsenopleiding niet op consultatiebureauwerk is gericht.

## 5.7. Samenvatting

Het merendeel van de taken op het bureau wordt door artsen en wijkverpleegkundigen samen uitgevoerd. Slechts enkele taken kunnen we omschrijven als typisch wijkverpleegkundigen-taken of typisch artsen-taken.

Een vergelijking tussen CB-artsen en huisartsen leert dat bij bijna alle taken de huisarts minder alleen doet en meer zelfstandig door de wijkverpleegkundige laat doen dan de CB-arts. Deze laatste doet juist meer taken zelf of samen met de wijkverpleegkundige. Wijkver-

pleegkundigen geven voor veel taken een andere taakverdeling aan dan de beide groepen artsen.

Daarnaast antwoordt de groep wijkverpleegkundigen ook veel minder consistent dan de huisartsen en CB-artsen. Dit komt naar voren in de vergelijking tussen de verschillende teamsamenstellingen, waar tussen de varianten bij de artsen weinig verschillen in taakverdeling optreden. Bij de wijkverpleegkundigen is hier sprake van significante verschillen voor het merendeel der taken. Het meest opvallend is hier dat wijkverpleegkundigen die samenwerken met een huisarts voor een aantal taken aangeven dat ze meer zelf uitvoeren. Dit is in overeenstemming met datgene dat bij de huisartsen als groep gevonden werd.

Binnen de teams vinden we tot onze verbazing ook veel significante verschillen tussen de teamleden die met elkaar samenwerken. Dit is niet zo gemakkelijk te verklaren.

Behalve de door ons geöpperde psychologische factor dat elke respondent van zichzelf denkt, meer te doen dan hij of zij in feite doet, menen we hier nog twee andere verklaringen voor te hebben gevonden. Ten eerste is het van taken die samen worden uitgevoerd onder verantwoording van de arts, zowel mogelijk dat de arts deze heeft opgegeven als verantwoordelijk persoon en de wijkverpleegkundige dit heeft gedaan als uitvoerend persoon. Structureel ligt de onduidelijkheid voor ons idee echter in het feit dat door geen enkele (koepel)organisatie van de drie beroepsgroepen duidelijk is aangegeven door wie de taken die zij eventueel opnoemen in een taakomschrijving mogen of moeten worden uitgevoerd.

Tot slot zien we bij een vergelijking tussen bureaus oude en nieuwe stijl bij de artsen voor slechts twee taken significante verschillen in taakverdeling. Bij de wijkverpleegkundigen zien we voor de helft van de taken significante verschillen tussen oude en nieuwe stijl bureaus. Alle verschillen wijzen op een grotere inbreng van de wijkverpleegkundige, apart of samen met de arts, in de taakuitvoering op het consultatiebureau nieuw stijl.

De redenen waarom bureaumedewerkers consultatiebureau houden zijn voor de beroepsgroepen verschillend. Huisartsen vinden het preventief, zinvol, leuk en bij hun werk horen. Wijkverpleegkundigen vinden het voor het merendeel ook preventief, zinvol en een belangrijk onderdeel van hun werk maar hebben meestal geen keuzemogelijkheid om geen consultatiebureau te doen.

CB-artsen vinden het vooral leuk en goed te combineren met andere werkzaamheden of verplichtingen. Huisartsen die geen consultatiebureau doen doen dit in eenderde van de gevallen niet omdat de

kruisvereniging het niet toestaat. Verder geven ze nog aan er geen tijd voor te hebben of het door collega of echtgenote te laten doen. Een klein deel van hen vindt dat consultatiebureau beter door speciale CB-artsen kan worden gegeven of dat de huisartsenopleiding niet voldoende voorbereidt op consultatiebureauwerk.

## 6. KNELPUNTEN BINNEN HET CONSULTATIEBUREAU

Dit hoofdstuk gaat over de knelpunten (vraagstelling 3) die zich voordoen ten aanzien van taakverdeling en knelpunten die liggen op het organisatorische vlak. Knelpunten die betrekking hebben op samenwerking en communicatie worden in hoofdstuk 7 behandeld.

Van de expliciet door de respondenten genoemde knelpunten zijn we nagegaan in hoeverre het ervaren van knelpunten samenhangt met de discrepantie tussen de feitelijke en gewenste taakverdeling, met opvattingen over het consultatiebureau en met de opleiding en bijscholing die de bureaumedewerkers hebben gevolgd.

Daarnaast hebben we onderzocht of het aanwezig zijn van bepaalde knelpunten samenhangt met de onafhankelijke variabelen: verschillende teamsamenstellingen en organisatievormen.

### 6.1. Knelpunten met betrekking tot de taakverdeling

#### 6.1.1. Knelpunten genoemd door de bureaumedewerkers

Welke knelpunten zijn er door de respondenten genoemd met betrekking tot de taakverdeling? Een meerderheid van hen zei geen problemen te hebben met de inhoudelijke taakverdeling: 75% van de huisartsen, 61% van de wijkverpleegkundigen en 56% van de CB-artsen. Door de personen die wel problemen ervaren worden de door ons aangegeven antwoordcategorieën beantwoord zoals in tabel 6.1 staat aangegeven.

Tabel 6.1.: knelpunten met betrekking tot de taakverdeling per beroepsgroep (in procenten en absolute aantallen)

Knelpunten:	huisartsen		CB-artsen		Wijkverpl.	
	%	abs.	%	abs.	%	abs.
- nee	75	78	56	31	61	135
- ja, er is meningsverschil over een aantal taken of de wijkverpleegkundige deze wel zelfstandig kan uitvoeren	10	10	4	2	10	22
- ja, er is meningsverschil over of de inhoudelijke taakverdeling dient te worden aangepast aan ervaring en opleidingsniveau van de wijkverpleegkundige	6	6	11	6	2	4
- ja, of de arts de eindverantwoordelijkheid dient te dragen voor de door de wijkverpleegkundige zelfstandig uitgevoerde taken	3	3	7	4	5	11
- ja, omdat taakverdeling niet altijd efficiënt is	9	9	27	15	14	31



Tabel 6.2.: de personen door wie de taken op het consultatiebureau behoren te worden uitgevoerd, volgens de drie beroepsgroepen (in procenten)

	huisartsen		CB-artsen		wijkverpleeg- kundigen					
	arts	WV	arts	WV	arts	WV	arts	WV		
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	34	63	3	48	52	-	18	78	4	**
- het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	48	51	1	52	48	-	35	62	3	*
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	29	64	4	20	80	-	14	81	5	*
- het observeren van de ouder-kindrelatie	7	83	7	-	100	-	-	89	12	**
- het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	22	65	7	43	57	-	21	74	6	**
- het systematisch observeren van gedrag	8	74	8	4	96	-	5	87	7	**
- het geven van gezondheidsvoorlichting	6	76	17	2	94	4	-	71	28	**
- het geven van voedingsvoorlichting	2	58	40	4	81	15	1	42	57	**
- het geven van opvoedingsvoorlichting	6	69	21	4	92	4	1	70	28	**
- het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	22	67	6	13	74	11	16	70	12	*
- het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	3	78	15	2	85	7	-	74	25	*
- het doen van inentingen	33	45	19	41	54	2	54	43	3	**
- het uitvoeren van de Ewing-test	5	13	61	15	50	15	5	24	57	**
- het testen van het gezichtvermogen	20	16	51	41	41	13	35	26	38	**
- het uitvoeren van de BOEL-test	7	7	35	14	14	4	22	13	16	**
- registratie	3	63	34	4	75	19	1	49	50	**
- huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	-	14	86	-	7	91	-	4	96	*
- meten en wegen	1	5	94	-	2	98	1	4	95	*
- medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind beaanderen	51	43	2	67	28	4	36	62	2	**

\*  $p \leq .05$

\*\*  $p \leq .001$

De categorie over het zelfstandig uitvoeren van taken door de wijkverpleegkundige kan nader gespecificeerd worden, wat vooral klachten oplevert van de wijkverpleegkundigen, met betrekking tot de volgende taken: inenting (6x), voedingsvoorlichting (11x), motorische en psychomotorische ontwikkeling / van Wiechenschema (8x), GVO en begeleiding van ouders (4x) en het invullen van de somatische gegevens (2x). Zeven huisartsen geven 'inentingen' aan als taak, waarover onenigheid bestaat.

Behalve de aangeboden antwoordcategorieën konden er ook open antwoorden gegeven worden; hier wordt door de drie beroepsgroepen samen onder andere genoemd: 'de accommodatie is ongeschikt voor een goede taakverdeling (7x)', 'de wijkverpleegkundigen wisselen te snel' (2x) en 'er zijn geen duidelijke afspraken' of 'er is meer afstemming nodig' (10x).

### **6.1.2. Wensen ten aanzien van de taakverdeling**

Naast de lijst over de feitelijke taakverdeling binnen het bureau (zie 5.1) hebben we de respondenten gevraagd een tweede takenlijst in te vullen waarop ze konden aangeven hoe zij menen dat de taakverdeling eigenlijk zou behoren te zijn. Hierdoor is het mogelijk te onderzoeken of en in welke mate er verschillen zijn tussen de feitelijke en gewenste taakverdeling. Eventuele verschillen kunnen wellicht een aanwijzing zijn voor andere knelpunten dan zijn genoemd in de vorige paragraaf of voor een bevestiging ervan. Deze lijst van 'gewenste' taakverdeling staat weergegeven in tabel 6.2.

In tabel 6.2 is te zien hoe de aparte beroepsgroepen hebben aangegeven wat naar hun idee de ideale taakverdeling is. Een vergelijking met tabel 5.1 laat zien dat er voor het merendeel van de taken sprake is van verschillen tussen de feitelijke en de gewenste taakverdeling. De verschillen zijn echter niet voor alle taken even groot en ook niet voor elke beroepsgroep.

We zien bij de wijkverpleegkundigen de meeste verschillen tussen de twee taakverdelingen. In alle gevallen willen zij meer inbreng van zichzelf, hetzij alleen, hetzij samen met de arts en dient de arts minder zelf alleen te doen.

Bij de huisartsen zien we bij vergelijking van de twee taakverdelingen dat deze ook meer inbreng van de wijkverpleegkundige wensen. Eénderde van de taken willen ze meer zelfstandig door de wijkverpleegkundige laten uitvoeren en bij tweederde ervan willen ze dit meer samen met hen doen. Slechts bij één taak: 'het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind' willen ze

minder inbreng van de wijkverpleegkundige; deze taak is volgens de helft van de huisartsen een typisch artsentaak.

Hoewel de CB-artsen ook meer inbreng van de wijkverpleegkundige willen bij het uitvoeren van de meeste taken, willen deze echter zelden meer door de wijkverpleegkundige zelfstandig laten doen, zij vinden dat de wijkverpleegkundige meer met hen samen dient te doen. Bij de gehoorstest, de Ewing- en de Boel-test, vindt een deel van de CB-artsen echter dat dit meer een artsen-taak is, terwijl een substantieel deel van de wijkverpleegkundigen hier juist meer zelfstandige inbreng van henzelf wenst.

Een vergelijking tussen de groepen toont nog aan dat beide soorten artsen extra inbreng willen van de wijkverpleegkundige voor: Het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling en van de spraak- en taalontwikkeling en het systematisch observeren van gedrag. Van de taak 'het doen van inenting' zouden de huisartsen meer hulp van de wijkverpleegkundigen wensen, terwijl het merendeel van de wijkverpleegkundigen vindt dat dit meer door artsen dient te worden gedaan en dat de verdeling zo goed is. De CB-artsen vinden echter wel dat het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling meer met behulp van de wijkverpleegkundige dient te geschieden, maar niet de gezondheidsvoorlichting, voedingsvoorlichting, opvoedingsvoorlichting en het testen van het gezichtsvermogen. Kijken we even terug naar tabel 5.1 dan zien we dat meer dan de helft van de CB-artsen het gezichtsvermogen zelf test (55%), maar dat gezondheids-, voedings- en opvoedingsvoorlichting reeds voor het grootste deel (84, 74 en 85%) door de CB-arts en de wijkverpleegkundige samen wordt gedaan. De in deze paragraaf genoemde verschillen tussen feitelijke en gewenste taakverdeling tussen de beroepsgroepen zijn alle significant.

### **6.1.3. De gewenste taakverdeling en de teamsamenstelling**

Zijn er behalve tussen de beroepsgroepen ook verschillen met betrekking tot de gewenste taakverdeling tussen de onderscheiden teamsamenstellingen? Laten we beginnen bij de CB-artsen, omdat hier een heel duidelijke tendens te zien is. Indien een CB-arts bureau doet met een wijkverpleegkundige die dit alleen doet voor kinderen uit haar eigen wijk, dan vindt deze dat de wijkverpleegkundige meer inbreng dient te hebben in een aantal taken: 'het geven van opvoedingsvoorlichting', 'het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie', 'het doen van inenting', 'het uitvoeren van de Boel-test' en 'het bestuderen

medische gegevens van het kind'. Dit in tegenstelling tot CB-artsen die samenwerken met een wijkverpleegkundige die ook kinderen van collega's ziet. Verder dient de wijkverpleegkundige volgens deze zelfde CB-artsen iets minder inbreng te hebben bij het uitvoeren van de Ewing-test, wat echter altijd nog neerkomt op significant meer inbreng bij deze taak dan de andere CB-artsen vinden. Wel meer inbreng mogen wijkverpleegkundigen hebben bij het testen van het gezichtsvermogen vinden de CB-artsen waarmee wijkverpleegkundigen samenwerken die ook voor kinderen uit andere wijken consultatiebureau doen.

Bij de huisartsen zijn er minder verschillen tussen de varianten over de gewenste taakverdeling. We zien bij hen dat huisartsen die ook consultatiebureau doen voor andere collega's en met een wijkverpleegkundige werken binnen een gezondheidscentrum of home-team vinden dat wijkverpleegkundigen meer inbreng dienen te hebben bij 'het observeren van de ouder-kind relatie' en 'het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling'; dit vinden ze ook voor 'het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling', ongeacht of ze met de wijkverpleegkundige samenwerken in een gezondheidscentrum of home-team. Van deze laatste taak vinden daarentegen alle huisartsen die alleen kinderen zien uit eigen praktijk dat wijkverpleegkundigen hier minder inbreng dienen te hebben, ongeacht hun samenwerkingsverband.

Bij de wijkverpleegkundigen is weer sprake van meer verschillen, ook de wijkverpleegkundigen vinden dat ze in een aantal taken meer inbreng kunnen hebben, indien ze alleen kinderen uit eigen wijk zien; dit geldt op het zuigelingenbureau voor het geven van voedingsvoorzichting en het testen van het gezichtsvermogen. Dit laatste kan volgens wijkverpleegkundigen die werken binnen een gezondheidscentrum of home-team wel helemaal door henzelf worden gedaan. Van het uitvoeren van de Ewing-test en inentingen doen wil dezelfde groep meer inbreng van de wijkverpleegkundige dan de andere varianten, echter niet nog meer dan ze nu reeds hebben.

Bij het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling en observeren van gedrag willen wijkverpleegkundigen die samenwerken met een huisarts meer inbreng dan de andere varianten.

Voor 'het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie' willen de wijkverpleegkundigen meer inbreng die ook kinderen uit andere wijken zien en samenwerken met een CB-arts.

#### 6.1.4. De relatie tussen genoemde knelpunten en de discrepantie tussen de feitelijke en gewenste taakverdeling

Tot nu toe hebben we gezien dat de wensen ten aanzien van de taakverdeling hier en daar nogal verschillen tussen de beroepsgroepen en de onderscheiden teamsamenstellingen. Daarnaast bestaan er binnen deze groepen en teams verschillen tussen de feitelijke en de gewenste taakverdeling. Het is echter niet duidelijk of in het laatste geval dan van knelpunten gesproken kan worden met betrekking tot de taken in kwestie. Om dit na te gaan kijken we eerst terug naar de genoemde knelpunten (6.1.1). We zien dan dat daar enkele taken genoemd zijn die ook bij de vergelijking tussen feitelijke en wenselijke taakverdeling significante verschillen opleveren. Deze taken kunnen we dus als knelpunten benoemen. Het betreft hier ten eerste 'het doen van inentingen' als knelpunt voor huisartsen en wijkverpleegkundigen. Ten tweede 'het geven van voedingsvoorlichting, gezondheidsvoorlichting en opvoedingsvoorlichting' als knelpunten voor de wijkverpleegkundige. Tenslotte blijkt 'het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling' voor alle drie de beroepsgroepen een knelpunt te zijn.

Hoe dienen we echter de andere verschillen die we vinden bij negen andere taken (zie bijlage III) tussen feitelijke en gewenste taakverdeling te interpreteren? Om hier meer inzicht in te krijgen zijn we nagegaan of er een samenhang bestaat tussen het noemen van knelpunten en de discrepantie tussen de feitelijke en de gewenste taakverdeling. De verwachting is dat bij personen die knelpunten noemen bij meer taken een discrepantie tussen de feitelijke en gewenste taakverdeling aanwezig is dan bij personen die geen knelpunten noemen.

We gaan er daarbij van uit dat personen die verschillen aangeven tussen de feitelijke en gewenste verdeling van bepaalde taken voor deze taken verandering willen aanbrengen in de taakverdeling bij hen op het bureau en dat personen die geen verschillen tussen de twee taakverdelingen opgeven het bureau zoals het nu functioneert willen continueren. Daarbij wijzen we erop dat gewenste veranderingen praktisch altijd neerkomen op meer inbreng van de wijkverpleegkundige, hetzij zelfstandig, hetzij in samenwerking met de arts. Verder dient nog vermeld dat we alleen uitspraken doen over al of niet gewenste veranderingen voor **significante** verschillen tussen feitelijke en gewenste taakverdelingen.

Bekijken we eerst de personen die geen knelpunten hebben genoemd. We zien dan dat CB-artsen binnen deze groep bij geen enkele taak iets

willen veranderen, zij willen de status quo handhaven. Wijkverpleegkundigen en huisartsen daarentegen willen bij 7 respectievelijk 8 taken de taakverdeling veranderd zien.

Door de personen die gezegd hebben wel knelpunten te ervaren met betrekking tot de taakverdeling, komt het volgende naar voren. Bij de huisartsen zijn er maar twee taken waarbij ze veranderingen willen in de taakverdeling, bij de CB-artsen zijn dit er nu vier en bij de wijkverpleegkundigen zelfs 10.

Wat kunnen we uit deze bevindingen opmaken? CB-artsen die geen knelpunten noemen willen de situatie laten zoals deze nu is. CB-artsen die wel knelpunten noemen willen via veranderingen in de taakverdeling trachten deze knelpunten op te lossen en wel door de wijkverpleegkundige meer inbreng te geven, echter alleen tezamen met hen, niet zelfstandig.

Huisartsen die geen knelpunten hebben gemeld willen de wijkverpleegkundigen toch meer inbreng geven in de taakuitvoering. Dit komt overeen met de door ons elders gesignaleerde tendens dat het merendeel van de huisartsen meer inbreng van de wijkverpleegkundigen wensen. Noemen ze echter knelpunten met betrekking tot de taakverdeling, dan zijn ze veel minder vaak geneigd om het werkterrein van de wijkverpleegkundige uit te breiden en willen ze grotendeels de status quo handhaven.

De meeste wijkverpleegkundigen tenslotte willen in meer of mindere mate veranderingen in de taakverdeling omdat ze meer inbreng wensen. Dit is uit eerdere resultaten ook naar voren gekomen. Zowel zij die geen knelpunten noemen als zij die dit wel doen willen voor een aantal taken veranderingen in de taakverdeling. In het laatste geval is er sprake van meer veranderingen, vermoedelijk omdat ze hopen hierdoor een aantal knelpunten te kunnen oplossen.

Deze bevindingen overziend kunnen we concluderen dat er een samenhang aanwezig is tussen het ervaren van knelpunten ten aanzien van de taakverdeling en de discrepantie tussen de feitelijke en de gewenste taakverdeling, maar dat deze samenhang voor de drie beroepsgroepen verschillend is.

#### **6.1.5. De relatie tussen enkele opvattingen over het consultatiebureau en knelpunten met betrekking tot de taakverdeling**

Voor het meten van de opvattingen van de bureaumedewerkers over het consultatiebureau hebben we 15 uitspraken geformuleerd waarbij de respondenten konden aangeven in hoeverre ze het ermee eens zijn of niet. Zeven van deze uitspraken bespreken we in deze paragraaf omdat

ze direct of indirect iets zeggen over de taken van het consultatiebureau in het algemeen of de uitvoering ervan. De overige uitspraken komen in hoofdstuk 7 aan de orde. De volledige lijst met uitspraken en de verdeling van de antwoorden is weergegeven in bijlage IV.

Drie uitspraken die op het consultatiebureau als geheel betrekking hebben, zijn: 'het consultatiebureau heeft duidelijk preventieve waarde', 'arts en wijkverpleegkundige hebben op het consultatiebureau ieder hun eigen verantwoordelijkheden' en 'veel van de preventieve taken op het consultatiebureau kunnen door de wijkverpleegkundige worden vervuld in plaats van door de arts'. Met de eerste twee uitspraken is bijna iedereen het eens, 79-100% van alle drie de beroepsgroepen. Voor de derde uitspraak is dit echter niet het geval. Hoewel de meerderheid het ermee eens is (58%), zijn de CB-artsen het hier in veel mindere mate mee eens dan de huisartsen en wijkverpleegkundigen, namelijk voor 45%.

Een nadere analyse of deze verschillen van mening samenhang vertoont met het genoemd hebben van knelpunten over de taakverdeling op het consultatiebureau, laat zien dat dit niet het geval is.

De volgende items bevatten algemene uitspraken over het werk dat de wijkverpleegkundige doet voor het consultatiebureau: 'het maakt voor mij geen verschil of de wijkverpleegkundige de kinderen die op consultatiebureau komen wel of niet kent door huisbezoeken', 'voor een wijkverpleegkundige is consultatiebureauwerk een belangrijk en substantieel onderdeel van haar werk' en 'een wijkverpleegkundige dient per jaar minimaal een bepaald aantal uren consultatiebureau te doen om voldoende routine te krijgen en te behouden'. Met deze uitspraken is het merendeel van alle respondenten uit de drie beroepsgroepen het eens: 86, 86 en 92%. De eerste uitspraken, over de voorkennis van de wijkverpleegkundigen verkregen via huisbezoek, werd door de huisartsen in geringere mate ontkennend beantwoord dan door de CB-artsen en wijkverpleegkundigen: voor 77% ontkennend beantwoord. Met de uitspraak: 'een huisarts dient een minimaal aantal kinderen per jaar op consultatiebureau te zien om routine te krijgen en te behouden' is 87% van alle respondenten het eens.

Behalve de uitspraak over de inbreng van de wijkverpleegkundige binnen de preventieve taken hebben we geen andere uitspraak meer aan een nadere analyse onderworpen ten aanzien van de taakverdeling. Gezien de zeer éénduidige beantwoording is dit niet zinvol. De algemene opvattingen over het consultatiebureau lijken dus niet direct van

invloed te zijn op de gewenste taakverdeling binnen het bureau.

#### **6.1.6. De relatie tussen opleiding en bijscholing en knelpunten met betrekking tot de taakverdeling**

Tot slot onderzochten we of de opleiding en bijscholing van de respondenten van invloed zijn op het ervaren van knelpunten ten aanzien van de taakverdeling. Dit blijkt niet het geval te zijn voor de soort opleiding die is gevolgd of het wel of niet gevolgd hebben van bij- of nascholing. Dit geldt voor alle drie de beroepsgroepen.

De vraag 'is er volgens u tijdens de door u gevolgde opleiding(en) voldoende aandacht besteed aan consultatiebureauwerk voor zuigelingen en kleuters' laat alleen een significant verschil zien bij de wijkverpleegkundigen en wel als volgt. Wijkverpleegkundigen die zeggen dat er tijdens hun opleiding voldoende aandacht is besteed aan consultatiebureauwerk noemen veel minder vaak knelpunten in verband met de taakverdeling: 76% niet tegen 24% wel. Bij wijkverpleegkundigen die zeggen dat er niet voldoende aandacht aan consultatiebureauwerk is besteed is deze verdeling 50%-50%. Bij huisartsen en CB-artsen zien we een dergelijke samenhang niet.

### **6.2. Knelpunten met betrekking tot de organisatie van de consultatiebureaus**

#### **6.2.1. Knelpunten genoemd door de bureaumedewerkers**

Op de vraag of er problemen zijn op het organisatorische vlak die een goede kwaliteit van het consultatiebureau belemmeren, antwoordt 68% van de huisartsen, 55% van de wijkverpleegkundigen en 34% van de CB-artsen ontkennend. Degenen die bevestigend antwoorden, vroegen we om in hun eigen woorden aan te geven wat voor problemen dat zijn en of ze een gevolg zijn van de interne organisatie van het bureau, van organisatorische regelingen van de (provinciale) kruisvereniging of een andere oorzaak hebben. De wijkverpleegkundigen vroegen we dit tevens ten aanzien van de organisatie binnen de basiseenheid, de huisartsen en CB-artsen ten aanzien van collectieve besluiten van de huisartsenverenigingen. Deze laatste categorie bleef echter geheel ongebruikt en ontbreekt derhalve in tabel 6.4, die een inventarisatie bevat van de aangegeven problemen.

Bij het bestuderen van deze tabel dient erop gelet te worden dat we geen procenten hebben aangegeven maar absolute aantallen.

Het meest genoemd zijn knelpunten ten gevolge van tijdgebrek, in



Tabel 6.4.: genoemde knelpunten op het organisatorische vlak, per beroepsgroep (in absolute aantallen)

	huisartsen	CB-artsen	wijkverpleeg- kundigen
<b>Ten gevolge van de interne organisatie van het bureau:</b>			
- het oproepsysteem is slecht of te krap	1	8	3
- werken met verschillende huisartsen			
- wijkverpleegkundige ziet niet (altijd) de kinderen uit haar eigen wijk; het CB is praktijkgebonden			6
- teveel wisseling van wijkverpleegkundige of te vaak afwezig	6	5	4
- arts te vaak weg of wisselt te vaak			3
- slechte accommodatie, ruimtegebrek, vooral voor nieuwe stijl bureau	4	6	29
<b>Ten gevolge van organisatorische regelingen van de (provinciale) kruisvereniging</b>			
- werken met huisarts op het CB geeft problemen			4
- arts en wijkverpleegkundige hebben verschillende werkgevers	1	1	-
- we willen graag werken volgens bureau nieuwe stijl, kan of mag niet			6
- te weinig tijd per kind, o.a. door te krappe budgettering en te krappe normen; steeds meer consulten per zitting	4	13	55
- tijdsnormering consulten en omvang dienstverband door overheid	1	1	4
- onvoldoende tijd voor contact met ouders			5
- (curatieve) werkdruk van de wijkverpleegkundige leidt tot minder en/of kortere huisbezoeken	2	6	2
- te geringe vergoeding gezien de tijdsinvestering	4	3	6
- te veel evaluatie, besprekingen; te veel papierwerk	1	2	6
<b>TOTAAL</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>134</b>

totaal maar liefst 79 keer (39% van het totale aantal), waarvan het merendeel door wijkverpleegkundigen. Ook de accommodaties waar bureau wordt gehouden komen er niet al te best af, volgens 39 personen laat die te wensen over. Vijftien respondenten klagen erover dat wijkverpleegkundigen te vaak wisselen of afwezig zijn.

Van de knelpunten die niet in de tabel vermeld zijn willen we er een aantal nog apart noemen, omdat deze duidelijk alle betrekking hebben op organisatorische regelingen van Provinciale Kruisverenigingen. Allereerst geven 6 wijkverpleegkundigen aan dat ze eenheidsregelingen dienen te hanteren die niet bij hun organisatie of hun ideeën passen. Zes huisartsen hebben de volgende klachten: te grote afstand tot de provinciale kruisvereniging, door het Groene Kruis niet erkend worden als CB-arts, het gevoel hebben dat men hen wil wippen en cursussen en dergelijke worden altijd gepland op voor huisartsen onmogelijke tijden. Twee CB-artsen melden tenslotte dat de provinciale kruisvereniging een onduidelijk beleid voert en dat de provinciale en plaatselijke kruisvereniging steeds naar elkaar terugverwijzen.

### **6.2.2. Organisatorische knelpunten en teamsamenstelling**

Ook hier hebben we onderzocht of er tussen de teamsamenstellingen verschillen bestaan in het aantal personen dat zegt wel of geen organisatorische problemen te ondervinden. Hoewel de verschillen die we vinden niet significant zijn ( $p < .10$ ), zijn deze wel van dusdanige omvang dat er iets over gezegd dient te worden.

De wijkverpleegkundigen die de minste organisatorische problemen aangeven zijn het sterkst vertegenwoordigd in de teams waar ze alleen kinderen uit eigen wijk zien en tevens samenwerken met een CB-arts. Dit geldt zowel voor zuigelingen- als voor kleuterbureaus. De meeste problemen met de organisatie worden gemeld door wijkverpleegkundigen die zuigelingenconsultatiebureau houden met huisartsen die zuigelingen uit eigen praktijk zien op het consultatiebureau, maar niet werken binnen een gezondheidscentrum of hometeam.

Bij de CB-artsen is er veel minder verschil tussen de onderscheiden teamsamenstellingen. Het verschil dat er is wijst echter in dezelfde richting als bij de wijkverpleegkundigen: indien de CB-arts samenwerkt met een wijkverpleegkundige die alleen kinderen uit eigen wijk ziet, ervaart zij/hij minder organisatorische problemen.

Huisartsen hebben duidelijk minder problemen met de organisatie indien ze werken binnen een gezondheidscentrum of hometeam of indien ze alleen consultatiebureau doen voor eigen kinderen. Duidelijk meer problemen op het organisatorische vlak hebben huisartsen indien ze op het consultatiebureau ook kinderen zien van collega's, ongeacht

het feit of ze hier verder nog mee samenwerken of niet.

De bevindingen van de drie beroepsgroepen laten een trend zien die voor allen in dezelfde richting wijst; het consultatiebureau verloopt organisatorisch het beste indien het gehouden wordt alleen voor kinderen uit eigen praktijk of wijk. Dit geldt in ongeveer gelijke mate voor huisartsen die verbonden zijn aan een gezondheidscentrum of hometeam en voor wijkverpleegkundigen die samenwerken met een CB-arts.

### **6.2.3. Knelpunten bij bureaus oude en nieuwe stijl**

Worden er door de medewerkers op de bureaus oude stijl meer knelpunten genoemd met betrekking tot de organisatie of juist minder dan op het bureau nieuwe stijl? Het antwoord hierop voor de beide soorten artsen is dat er weinig verschil bestaat tussen het bureau oude en nieuwe stijl. Bij de wijkverpleegkundigen zien we daarentegen het volgende verschil: Wijkverpleegkundigen die op een bureau oude stijl werken geven significant minder vaak organisatorische problemen aan (38%) dan zij die op een nieuwe stijl bureau werken (54%).

Ook over de inhoud van deze knelpunten kunnen we iets zeggen, omdat we aan de medewerkers die op een bureau nieuwe stijl werken gevraagd hebben of ze specifieke knelpunten of pluspunten ervaren over deze vorm van bureau houden. Van de wijkverpleegkundigen die deze vraag beantwoorden, gaven 35 personen een pluspunt aan en 14 een knelpunt, van de huisartsen deden dit respectievelijk 6 en 11 personen en van de CB-artsen 5 en 7. De wijkverpleegkundigen hebben dus zowel absoluut als relatief veel meer positieve kanten genoemd, terwijl de twee andere groepen meer negatieve dan positieve zaken hebben vermeld. De positieve kanten die de wijkverpleegkundigen melden zijn: zinvoller en duidelijker taakverdeling voor de wijkverpleegkundigen, wat leidt tot meer werkplezier (13x), het hebben van meer tijd en aandacht voor andere dan lichamelijke aspecten (9x), beter gebruik maken van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige (7x) en meer tijd en aandacht hebben voor de ouders of de ouder-kind relatie (4x). Dit laatste aspect wordt ook door 5 CB-artsen genoemd en door 1 huisarts. Vier huisartsen vinden ook dat de deskundigheid van de wijkverpleegkundige beter wordt gebruikt en dat voor hen de taakverdeling duidelijker en zinvoller is.

Als knelpunten wordt door 11 wijkverpleegkundigen aangegeven dat er te weinig tijd per kind is voor het bureau nieuwe stijl en/of voor voldoende nabespreking. Huisartsen (3x) en CB-artsen (1x) zeggen dat deze vorm van bureau houden extra tijd en energie kost doordat er extra overleg en afstemming dient plaats te vinden. Enkele huis-

artsen en CB-artsen geven verder aan dat op het bureau nieuwe stijl voor de ouders niet alles even duidelijk is, ouders wel eens verschillend advies krijgen of een kleuteranamnese dubbel wordt afgenomen. Twee huisartsen vinden dat wijkverpleegkundigen juridisch gezien minder mogen dan ze in feite kunnen. Dit laatste ligt in het verlengde van wat we vonden bij de verdeling van de inhoudelijke taken (5.2), waar blijkt dat huisartsen meer willen overlaten aan wijkverpleegkundigen dan CB-artsen. Door CB-artsen wordt tenslotte nog vermeld dat ouders gemiddeld liever naar een arts gaan dan naar een wijkverpleegkundige (1x), de CB-arts op het bureau nieuwe stijl minder binding heeft met de moeder (1x) en dat het consultatiebureau nieuwe stijl efficiënter en zinvoller is (2x). Tijdsgebrek is ook hier het meest genoemde probleem; de overige problemen die hier genoemd zijn liggen niet direct op het organisatorische vlak.

#### **6.2.4. De relatie tussen opleiding en bijscholing en de organisatie van het bureau**

Of er samenhang bestaat tussen het gevolgd hebben van bepaalde opleiding of bijscholing en het noemen van organisatorische problemen hebben we onderzocht met behulp van de drie volgende vragen: 'welke opleiding heeft u gevolgd?', 'is er tijdens de opleiding voldoende aandacht besteed aan consultatiebureauwerk?' en 'heeft u na- of bijscholing gehad ten behoeve van het consultatiebureauwerk?'. Alleen voor de gevolgde opleiding is er sprake van een samenhang en weer alleen bij de wijkverpleegkundigen: Wijkverpleegkundigen die HBO-V-opleiding hebben gevolgd zeggen significant vaker dat ze organisatorische problemen ondervinden (59%) dan zij die een MGZ-opleiding hebben gevolgd (40%).

#### **6.3. Samenvatting**

In dit hoofdstuk hebben we de knelpunten besproken die bij de uitvoering van het consultatiebureau optreden. In aansluiting op het vorige hoofdstuk bespraken we eerst de **knelpunten met betrekking tot de taakverdeling**, die door 36% van de respondenten worden gemeld. Het meest wordt genoemd dat de taakverdeling niet altijd efficiënt is, vooral CB-artsen vinden dit. Daarnaast wordt er vooral door huisartsen en wijkverpleegkundigen gemeld dat er meningsverschillen bestaan over een aantal taken of de wijkverpleegkundigen die wel zelfstandig kunnen uitvoeren. Terwijl CB-artsen in dit verband

meningsverschillen melden over of de inhoudelijke taakverdeling welke volgens sommigen van hen dient te worden aangepast aan ervaring en opleidingsniveau van de wijkverpleegkundige.

Bestudering van de gewenste taakverdeling die de bureaumedewerkers hebben opgegeven leert dat de verschillende beroepsgroepen verschillende wensen hebben ten aanzien van de taakverdeling. Globaal gesproken willen huisartsen verdere uitbreiding van de inbreng van de wijkverpleegkundige bij een groot deel van de taken ofwel doordat zij/hij deze meer zelfstandig uitvoert ofwel meer in samenwerking met de arts. CB-artsen willen in iets mindere mate ook uitbreiding van de inbreng van de wijkverpleegkundige bij een aantal taken, maar alleen in samenwerking met de arts; dus geen verdere uitbreiding van zelfstandige taakuitvoeringen door de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundigen zelf willen net als de huisartsen meer inbreng van henzelf zowel zelfstandig als in samenwerking met de arts.

De grotere inbreng van de wijkverpleegkundige geldt vooral voor de CB-artsen die samenwerken met een wijkverpleegkundige die kinderen ziet uit haar eigen wijk. De huisartsen zijn nogal eensgezind over de grotere inbreng van de wijkverpleegkundige, ongeacht de samenstelling van het consultatiebureauteam. De verschillen tussen de onderscheiden teamsamenstellingen bij de wijkverpleegkundigen zijn groter. Indien ze alleen kinderen uit hun eigen wijk zien op het consultatiebureau of werken binnen een gezondheidscentrum of home-team willen ze vaker meer inbreng dan binnen andere teamsamenstellingen.

Het zoeken naar een relatie tussen door de respondenten genoemde knelpunten bij de taakverdeling en een discrepantie tussen feitelijke en gewenste taakverdeling bracht aan het licht dat enkele taken waarbij deze discrepantie bestaat door een aantal personen inderdaad expliciet als knelpunten worden genoemd. Van de overige taken waarvan men de taakverdeling anders wenst dan deze in feite is kunnen we niet constateren dat het zelf knelpunten zijn maar wel dat ze ermee samenhangen.

Vervolgens komen een aantal opvattingen over het consultatiebureau aan de orde. Voor de wijkverpleegkundigen blijkt het consultatiebureau een belangrijk onderdeel van haar/zijn werk te zijn, evenals het huisbezoek in verband met het consultatiebureau. Ook dient de wijkverpleegkundige bepaalde ervaring te hebben en te behouden om

goed consultatiebureau te kunnen doen. Over deze uitspraken is het merendeel van de drie beroepsgroepen het eens. De laatste uitspraak, die ook gesteld werd voor het consultatiebureauwerk van de huisarts, werd eveneens bijna unaniem bevestigend beantwoord.

Verder vinden de meeste bureamedewerkers dat het consultatiebureau preventieve waarde heeft, maar CB-artsen vinden minder vaak dan huisartsen en wijkverpleegkundigen dat de wijkverpleegkundige meer preventieve taken zou kunnen vervullen, welke momenteel door de arts worden uitgevoerd. Deze opvattingen hangen echter niet samen met het ervaren van knelpunten met betrekking tot de taakverdeling.

Opleiding en bijscholing tonen tenslotte weinig samenhang met het wel of niet hebben van problemen met de taakverdeling. Alleen wijkverpleegkundigen die zeggen dat er tijdens hun opleiding voldoende aandacht is besteed aan consultatiebureauwerk, blijken veel minder vaak problemen te noemen op het vlak van de taakverdeling dan diegenen die zeggen dat de opleiding hierin tekort schoot.

**Problemen met de organisatie** worden door bijna de helft van de respondenten genoemd. Het meest wordt gemeld dat er te weinig tijd is voor moeder en kind op het bureau. Daarnaast wordt de accommodatie vaak aangegeven als een probleem dat een goede organisatie van het bureau in de weg staat.

Het vóórkomen van organisatorische problemen laat bij de verschillende teamsamenstellingen een bepaalde trend zien. Deze ziet er als volgt uit. Duidelijk minder problemen met de organisatie worden vermeld door teams waarin de kinderen die het consultatiebureau bezoeken komen uit eigen wijk of praktijk, teams binnen gezondheidscentra of hometeams en teams waarbij een CB-arts samenwerkt met een wijkverpleegkundige die alleen kinderen uit haar eigen wijk ziet.

Wijkverpleegkundigen op oude stijl bureaus tenslotte melden significant minder organisatorische problemen dan wijkverpleegkundigen op bureaus nieuwe stijl en wijkverpleegkundigen die een HBO-V-opleiding hebben gevolgd melden significant vaker organisatorische problemen dan zij die een MGZ-opleiding hebben gevolgd.

## 7 COMMUNICATIE EN SAMENWERKING BINNEN EN BUITEN HET CONSULTATIE-BUREAU

In dit hoofdstuk bespreken we de communicatie en samenwerking op het consultatiebureau en eventuele knelpunten op dit terrein. We maken hierbij onderscheid tussen communicatie en samenwerking **binnen** de bureaus, dus tussen de leden van daar werkende teams en communicatie en samenwerking **buiten** de bureaus, die we onderverdelen in contacten met de huisarts van het kind en overige contacten.

### 7.1. Communicatie en samenwerking binnen het consultatiebureau

De eerste vraag die we ons hier stellen is uit hoeveel personen bestaan consultatiebureauteams? Van de teams uit ons onderzoek bestaat 31% uit één huisarts en één wijkverpleegkundige en 35% uit één CB-arts en één wijkverpleegkundige. Verder werkt 12% van de teams met twee wijkverpleegkundigen en één huisarts en 15% met twee wijkverpleegkundigen en één CB-arts; 4% van de teams bestaat uit een CB-arts en drie wijkverpleegkundigen en 2% uit twee huisartsen en twee of drie wijkverpleegkundigen.

Binnen tweederde van de teams werkt dus één respondent met één persoon van een andere discipline en ruim een kwart met twee personen. In het laatste geval zijn dat meestal één arts en twee wijkverpleegkundigen. Indien er meer dan twee wijkverpleegkundigen en meer dan één huisarts in een team zitten, gaat het om een gezondheidscentrum. Het omgekeerde behoeft niet het geval te zijn, omdat binnen sommige gezondheidscentra een vaste verdeling gemaakt is tussen de huisartsen en wijkverpleegkundigen voor het consultatiebureau, zodat hier dan meerdere kleinere teams zullen voorkomen.

Van alle drie de beroepsgroepen werkt een aantal personen in meer dan één consultatiebureauteam, vooral bij CB-artsen komt dit vaak voor. Navraag naar het **totaal** aantal personen van een andere beroepsgroep waarmee men samenwerkt, laat zien dat 95% van de wijkverpleegkundigen die met een CB-arts werken dit maar met één CB-arts doet. Werken ze met een huisarts dan is dit in 45% van de gevallen één persoon, zowel op het zuigelingen- als op het kleuterbureau. Met twee huisartsen werkt 23% van de wijkverpleegkundigen en 11% werkt met drie of vier huisartsen. Het maximum aantal huisartsen waar

wijkverpleegkundigen mee werken is zes.

CB-artsen werken gemiddeld met vijf wijkverpleegkundigen samen, maar dit aantal kan oplopen tot 18.

Van de huisartsen op de zuigelingenbureaus werkt 38% met één wijkverpleegkundige, 37% met twee en 17% met drie of meer wijkverpleegkundigen. Voor de kleuterbureaus was geen procentuele vergelijking mogelijk vanwege de kleine aantallen. Hierover kunnen we alleen zeggen dat er door huisartsen ongeveer 3 maal zo vaak met één wijkverpleegkundige wordt samengewerkt als met twee en bijna niet met drie of meer personen. Het maximum aantal wijkverpleegkundigen waar huisartsen mee samenwerken is zowel op het kleuter- als op het zuigelingenbureau acht.

Samenvattend kunnen we stellen dat CB-artsen met de meeste verschillende wijkverpleegkundigen samenwerken.

Om enig inzicht te krijgen in de wijze waarop de samenwerking tussen teamleden verloopt, hebben we de respondenten gevraagd naar het **tijdstip** waarop door hen **overleg** wordt gepleegd. Het resultaat van deze vraag is weergegeven in tabel 7.1.

Tabel 7.1.: het tijdstip waarop overleg wordt gepleegd, per beroepsgroep (in procenten)

	huis- artsen	CB- artsen	Wijk- verpl.
- overleg direct tijdens het CB	20	19	22
- overleg op vaste tijden aansluitend op het CB	32	26	42
- overleg op vaste tijden niet aansluitend op het CB	5	-	1
- overleg alleen indien hoogst noodzakelijk	5	9	5
- weinig overleg	-	2	3
- zowel tijdens als aansluitend op het CB	28	36	19
- andere combinatie van meerdere antwoorden	10	8	8

Deze tabel behoeft enige toelichting. In de vragenlijst hadden we alleen de eerste vijf antwoordcategorieën gegeven met toevoeging van een open categorie. Hier werd echter zo vaak aangegeven dat overleg zowel tijdens als aansluitend op het consultatiebureau werd gehouden



dat we deze categorie apart in de tabel hebben opgenomen. Tellen we alle overleg tijdens en direct aansluitend op het consultatiebureau op, dan blijkt dat voor alle drie de beroepsgroepen ongeveer 80% van het overleg te bevatten.

Overleg aansluitend op het consultatiebureau kunnen we ook **nabespreking** noemen en aan de respondenten is gevraagd hoeveel tijd ze hier per maand aan besteden. In tabel 7.2 is hiervan een overzicht gegeven.

Tabel 7.2.: aantal minuten nabespreking per maand, per beroepsgroep (in procenten)

Zuigelingenbureau	huisartsen	CB-artsen	wijkverpleegkundigen
15 minuten of minder	42	14	24
16- 30 minuten	38	19	32
31- 60 minuten	17	23	28
61- 90 minuten	3	9	7
91-120 minuten	-	16	4
121-180 minuten	-	9	1
meer dan 180 minuten	-	9	3
	$\bar{x}=37$	$\bar{x}=85$	$\bar{x}=63$
<b>Kleuterbureau</b>			
15 minuten of minder	48	13	30
16- 30 minuten	36	11	39
31- 60 minuten	12	13	26
61- 90 minuten	5	11	2
91-120 minuten	-	16	-
121-180 minuten	-	25	-
meer dan 180 minuten	-	11	1
	$\bar{x}=25$	$\bar{x}=104$	$\bar{x}=47$

In deze tabel zijn geen cijfers van gemengde bureaus opgenomen vanwege de kleine aantallen per categorie. We zien dat huisartsen absoluut gezien minder tijd aan nabespreking besteden dan wijkverpleegkundigen en CB-artsen. Tachtig procent besteedt er op het zuigelingenbureau niet meer dan een half uur per maand aan en op het kleuterbureau 84%. Bij de wijkverpleegkundigen geldt dit voor 56 respectievelijk 69%, terwijl dit bij de CB-artsen maar voor 33 en 24% het geval is.

Hoewel CB-artsen dus absoluut gezien duidelijk veel meer tijd aan nabespreking besteden, besteden ze er niet evenredig meer tijd aan dan op grond van de grotere aantallen zittingen per maand is te verwachten. Per maand doen zij namelijk driemaal zoveel consultatiebureauzittingen voor zuigelingen als huisartsen en tweemaal zoveel als wijkverpleegkundigen. Indien ze kleuterconsultatiebureau houden, doen ze dit zelfs viermaal zoveel als wijkverpleegkundigen. Feit blijft dat ze absoluut gezien veel vaker buiten het bureau contact hebben met wijkverpleegkundigen. Misschien hebben ze er vanwege hun ervaring minder tijd voor nodig?

Hoe is nu de **kwaliteit van de samenwerking tussen arts en wijkverpleegkundige binnen het consultatiebureauteam**? Deze vindt 80% van de huisartsen goed, 60% van de wijkverpleegkundigen en 78% van de CB-artsen ook; redelijk vindt dit respectievelijk 22, 25 en 40% van deze beroepsgroepen.

Daarnaast geeft 12%\* van de huisartsen, 20%\* van de wijkverpleegkundigen en 25%\* van de CB-artsen aan dat de samenwerking niet goed is en waarom dat het geval is. Wij hebben hiervoor een aantal antwoordcategorieën aangeboden waarop door 11 wijkverpleegkundigen, één CB-arts en één huisarts is geantwoord dat de arts c.q. de wijkverpleegkundige zich niet aan de gemaakte afspraken houdt en 10 wijkverpleegkundigen, twee CB-artsen en één huisarts geven als reden van slechte samenwerking op dat ze niet goed met elkaar overweg kunnen. Via de open antwoordcategorie wordt hier door de respondenten nog aan toegevoegd: Frequente wisselingen van wijkverpleegkundigen (6x); tijdgebrek van arts en/of wijkverpleegkundige (8x); er is sprake van ongelijke verdeling van verantwoordelijkheden en overleg tussen arts en wijkverpleegkundige, (5 wijkverpleegkundigen). Verder vermeldden 6 wijkverpleegkundigen dat de samenwerking met de huisarts slecht verloopt omdat deze niet gemotiveerd is, het bureau afraffelt, zich ver verheven voelt boven de wijkverpleegkundige of een andere visie heeft over opvoeding e.d.

Opvallend is dat zowel tijdgebrek als klachten over taakverdeling ook hier weer genoemd worden. Dit laatste ligt in het verlengde van wat we vonden in het vorige hoofdstuk. De meeste problemen liggen

\* De totaalpercentages per beroepsgroep liggen boven de 100%, omdat de respondenten meerdere antwoorden konden invullen. Dit was gedaan omdat bij personen die op meerdere bureaus werken de samenwerking van verschillende kwaliteit kan zijn.

echter op het vlak van de communicatie, omdat personen niet met elkaar overweg kunnen (13 maal) en omdat men zijn of haar afspraken niet nakomt (13 maal).

### **7.1.1. De relatie tussen het ervaren van knelpunten en de kwaliteit van de samenwerking**

Wordt de communicatie en samenwerking tussen de teamleden op het consultatiebureau beïnvloed door de aanwezigheid van knelpunten? We gaan dit na door knelpunten die door de respondenten genoemd zijn in verband met de taakverdeling en de organisatie van het bureau te relateren aan hun oordeel over de kwaliteit van de samenwerking binnen het consultatiebureau.

Uit deze analyse komt naar voren dat er bij alle beroepsgroepen significante<sup>1</sup> verschillen te zien zijn wat betreft de kwaliteit van de samenwerking tussen personen die geen knelpunten hebben genoemd met betrekking tot de taakverdeling en zij die dit wel deden. Bureau-medewerkers die aangeven dat er sprake is van knelpunten met betrekking tot de taakverdeling zijn veel minder vaak tevreden over de kwaliteit van de samenwerking dan zij die geen knelpunten ervaren. Eenzelfde beeld zien we bij het ervaren van organisatorische problemen. Hier is echter alleen sprake van significante<sup>2</sup> verschillen bij de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen, bij de huisartsen zijn de verschillen gering, hoewel ze wel in dezelfde richting wijzen. Voor de wijkverpleegkundigen en CB-artsen kan zodoende gezegd worden dat personen die knelpunten ervaren op het organisatorische vlak veel minder vaak tevreden zijn over de kwaliteit van de samenwerking dan zij die hier geen problemen noemen.

Concluderend kunnen we stellen dat de samenwerking en communicatie op het bureau duidelijk wordt beïnvloed door het al of niet ervaren van problemen met betrekking tot de taakverdeling of organisatie bij het betreffende bureau.

### **7.1.2. De relatie tussen de teamsamenstelling en de kwaliteit van de samenwerking**

Er blijkt weinig verschil te bestaan tussen de onderscheiden varianten wat betreft de kwaliteit van de samenwerking.

Wijkverpleegkundigen melden een iets betere samenwerking indien ze

<sup>1</sup> De p-waarden zijn voor huisartsen en wijkverpleegkundigen  $\leq .01$  en voor CB-artsen  $\leq .05$ .

<sup>2</sup> De p-waarde is voor beide beroepsgroepen  $\leq .01$ .

alleen kinderen zien uit eigen wijk en samenwerken met een CB-arts; er is sprake van een iets minder goede samenwerking indien ze werken met een huisarts echter niet binnen een gezondheidscentrum of hometeam. Bij huisartsen is de samenwerking ook iets minder goed indien ze niet binnen een gezondheidscentrum of hometeam werken. Voor de CB-artsen is er geen sprake van verschillen.

### **7.1.3. De relatie tussen bureaus oude en nieuwe stijl en de kwaliteit van de samenwerking**

Hierbij kijken we eerst hoe het oordeel is van diegenen die momenteel op een bureau nieuwe stijl werken en vroeger op een bureau oude stijl hebben gewerkt. Zij kunnen immers op grond van persoonlijke ervaring een vergelijking maken tussen de samenwerking op beide soorten bureaus.

Van de wijkverpleegkundigen vinden 35 van de 50 personen dat de samenwerking verbeterd is, dit vinden ook 19 van de 37 huisartsen en 5 CB-artsen. Terwijl respectievelijk negen, 15 en 5 personen vinden dat de samenwerking hetzelfde is gebleven en 3 wijkverpleegkundigen en drie huisartsen dat deze erop achteruit is gegaan. Ruim 50% van deze groep respondenten vindt dus het werken volgens nieuwe stijl een positieve invloed hebben op de samenwerking binnen het bureau.

Naast het oordeel van deze kleine groep bureaumedewerkers op nieuwe stijl bureaus hebben we onderzocht of alle personen die op een bureau nieuwe stijl werken en alle personen die op een bureau oude stijl werken anders oordelen over de samenwerking tussen arts en wijkverpleegkundige. Dit blijkt bij de CB-artsen niet het geval te zijn, maar wel bij de wijkverpleegkundigen en huisartsen. Wijkverpleegkundigen die werken op een bureau oude stijl melden significant vaker ( $p \leq .01$ ) dat de samenwerking goed of redelijk is dan zij die op een bureau nieuwe stijl werken. Ditzelfde geldt voor de huisartsen, zij het in iets mindere mate ( $p \leq .10$ ).

Hoewel dus blijkt dat volgens de helft van de respondenten, die beide organisatievormen kennen, de samenwerking verbeterd is door invoering van de nieuwe stijl, is over de hele steekproef de samenwerking gemiddeld genomen beter op het bureau oude stijl dan op het bureau nieuwe stijl.

## 7.2. Communicatie en samenwerking met de huisarts van het kind

De communicatie en samenwerking met de huisarts van het kind kan voor huisartsen bestaan uit contacten met collega-huisartsen van wie ze kinderen op het consultatiebureau zien en voor CB-artsen met de huisartsen van alle kinderen die bij haar/hem op het bureau komen. Dit laatste geldt ook voor wijkverpleegkundigen, hoewel voor hen uit ons onderzoek niet kan worden opgemaakt of ze deze contacten persoonlijk hebben of uit naam van het consultatiebureau, dus wat precies hun inbreng hierin is. We hebben allereerst onderzocht van hoeveel verschillende huisartsen iedere bureaumedewerker kinderen op het bureau ziet. Huisartsen die ook consultatiebureau doen voor andere huisartsen, doen dit gemiddeld voor vier collega's, waarbij het in 78% van de gevallen om 5 of minder collega's gaat.

CB-artsen zien van meer verschillende huisartsen kinderen op het bureau: 20% noemt 1-5 huisartsen, 56% 6-15, 9% 16-25 en 15% zelfs meer dan 25.

Ter vergelijking vroegen we aan de huisartsen die geen consultatiebureau doen met hoeveel artsen zij te maken hebben via de consultatiebureaus waar hun kinderen komen. Dit aantal blijkt te variëren tussen één en acht, met een gemiddelde van drie, waarvan het merendeel (79%) vier of minder artsen betreft.

Het is duidelijk dat CB-artsen over het algemeen dienen te communiceren of samen te werken met een veel groter aantal artsen dan huisartsen.

Waaruit bestaan de contacten die artsen die consultatiebureau doen hebben met de huisarts van het kind? In ons onderzoek onderscheiden we in dit verband drie soorten contacten: verwijzingen, terugrapportage en overleg of consultatie. We gaan hier achtereenvolgens apart op in en beginnen met de **verwijzingen**.

Hoewel we meenden niet te kunnen vragen hoe vaak door bureaumedewerkers naar de huisarts van het kind wordt verwezen, hebben we wel getracht iets meer te weten te komen over de manier waarop dit gebeurt en hoe deze contacten beoordeeld worden. Wil er bij een verwijzing sprake zijn van goede communicatie dan dient deze op zijn minst begeleid te worden door een toelichting van de verwijzende persoon. In hoeverre dit in de praktijk gebeurt is te zien in tabel 7.3.

In deze tabel zijn ter vergelijking ook de huisartsen opgenomen die zelf geen consultatiebureau doen. Door hen is op ons verzoek onderscheid gemaakt tussen verwijzingen door een huisarts die consulta-

tiebureau doet en verwijzingen door een CB-arts. De cijfers over de laatste groep staan in de tabel tussen haakjes.

Tabel 7.3.: het aantal maal dat er sprake is van toelichting bij verwijzing naar de huisarts van het kind (in procenten)

	Huis- arts	CB- arts	Wijk- verpl.	Huisarts die zelf geen CB doet
- meestal	29	87	49	60 (80)*
- nu en dan	9	9	24	17 (14)
- zelden of nooit	8	-	23	21 ( 6)
- CB-arts is huisarts	43	-	-	- -
	N=95	N=55	N=187	N=47 (N=70)

\* Getallen tussen haakjes betreffen verwijzingen naar de huisarts van het kind door CB-artsen.

Kijken we naar de cijfers, dan zien we dat CB-artsen zeggen meestal toelichting te geven (87%), wat redelijk overeenkomt met de mening van de ontvangers (80%). Hoewel huisartsen in 43% van de gevallen geen toelichting behoeven te geven omdat ze hun eigen kinderen zien op het bureau, doen de overigen dit toch duidelijk veel minder frequent dan de CB-artsen, terwijl de huisartsen die zelf geen consultatiebureau doen hier een optimistischer kijk op hebben.

De **kwaliteit** van de contacten rond de **verwijzingen** geeft een omgekeerd beeld. Hier vinden 70% van de huisartsen de contacten goed en 65% van de huisartsen die geen consultatiebureau doen zijn goed te spreken over contacten met huisartsen die consultatiebureau doen in geval van verwijzingen. Van de CB-artsen vindt maar 47% dit, terwijl 57% van de huisartsen die geen consultatiebureau doen positief is in geval van verwijzingen door de CB-arts. Slecht vindt 6% van de CB-artsen de kwaliteit van de contacten rond verwijzingen, 2% van de huisartsen en 6% van de huisartsen die geen consultatiebureau doen, ongeacht met welke arts deze contacten plaatsvinden. De overige respondent-artsen vinden deze vorm van communicatie redelijk verlopen.

Vervolgens is nagegaan of er een samenhang bestaat tussen het oordeel over de kwaliteit van de contacten rond verwijzingen en het aantal huisartsen waarmee de bureaumedewerkers te maken hebben. Hoewel we eerder vaststelden dat CB-artsen met de meeste huisartsen van kinderen te maken hebben, vinden we bij hen geen verband tussen de

grootte van dit aantal en de kwaliteit van contacten bij verwijzingen. Voor huisartsen die consultatiebureau doen, alsook voor hen die geen consultatiebureau doen, blijkt dit echter wel het geval. Voor de eerste vinden we een correlatie van  $R = .44$ , een significantie voor  $p \leq .01$  en bij de tweede groep  $R = .19$  en  $p < .10$ . Bij huisartsen die consultatiebureau doen wordt de kwaliteit van de contacten rond de verwijzingen significant slechter beoordeeld naarmate ze met meer collega-huisartsen te maken hebben. Bij huisartsen die geen consultatiebureau doen zien we een dergelijk verband ook, maar in minder sterke mate.

Een goede communicatie is echter pas compleet indien er behalve van toelichting bij verwijzing ook sprake is van **terugrapportage** door de huisarts naar wie verwezen is. In hoeverre dit gebeurt valt te zien in tabel 7.4.

Tabel 7.4.: het aantal maal dat er sprake is van terugrapportage door de huisarts van het kind aan het consultatiebureau (in procenten)

	Huis- arts	CB- arts	Wijk- verpl.	Huisarts die zelf geen CB doet
meestal	22	38	23	55 (72)*
nu en dan	23	47	36	20 (25)
zelden of nooit	29	11	37	22 ( 3)
CB-arts is huisarts	26	-	-	-
	N=65	N=55	N=187	N=49 (N=72)

\* Getallen tussen haakjes betreffen terugrapportage door de huisarts van het kind naar CB-artsen.

Het valt direct op dat er aan de terugrapportage nogal wat schort, het aantal personen op het consultatiebureau dat bericht terug ontvangt van de huisarts van het kind is minder dan de helft van het aantal dat zegt zijn of haar verwijzing toe te lichten. Huisartsen die zelf geen consultatiebureau doen zeggen echter veel vaker dat ze wel terugrapporteren dan de ontvangers ervan.

Een conclusie zou kunnen zijn dat respondenten sneller van zichzelf dan van anderen denken dat ze iets doen. Verder geven CB-artsen het meest frequent een toelichting bij verwijzing en ontvangen misschien mede daardoor ook vaker een terugrapportage.

Tenslotte het **overleg** met de huisarts van het kind, een vorm van communicatie welke plaats vindt zonder dat er direct sprake is van een verwijzing. Veel van de samenwerking tussen bureaumedewerkers en andere werkers in de gezondheidszorg blijkt namelijk via deze minder formele weg te verlopen. Bij overleg kunnen we onderscheid maken tussen overleg dat op eigen initiatief wordt ondernomen en gestructureerd overleg op vaste tijden. Deze laatste vorm van overleg zal standaard plaatsvinden binnen samenwerkingsverbanden zoals gezondheidscentra en home-teams, terwijl contact op eigen initiatief alleen plaats zal vinden wanneer de persoon in kwestie dit wenselijk lijkt.

**Gestructureerd** overleg met de huisarts van de kinderen die op het consultatiebureau komen heeft 41% van de wijkverpleegkundigen, 13% van de huisartsen en 5% van de CB-artsen. Overleg **op eigen initiatief** (bijvoorbeeld in de vorm van consultatie) komt veel vaker voor: 72% van de wijkverpleegkundigen, 42% van de huisartsen en 85% van de CB-artsen zegt dit wel eens te ondernemen.

Van de wijkverpleegkundigen, die gestructureerd overleg plegen, is 73% tevreden over de kwaliteit ervan, 11% matig tevreden en 13% heeft wisselende ervaringen. Over de kwaliteit van het overleg op eigen initiatief zijn alle huisartsen tevreden; wijkverpleegkundigen en CB-artsen zijn dit in ongeveer gelijke mate: 64% vindt dit overleg goed, 14% matig en 15% heeft wisselende ervaringen.

Slechte ervaringen over contacten met de huisarts van het kind worden slechts door enkele respondenten genoemd.

### **7.2.1. Opvattingen over het consultatiebureau en de kwaliteit van contacten met de huisarts van het kind**

In 6.1.5 kwam een gedeelte van de uitspraken aan de orde die door de respondenten zijn beantwoord aangaande hun opvattingen over het consultatiebureau. Een vijftal van deze uitspraken willen we hier bespreken, deze luiden als volgt:

- 'Om een goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in zijn praktijk, moet een huisarts zelf het zuigelingenconsultatiebureau doen.'
- 'Een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit zijn praktijk zelf consultatiebureau te doen.'
- 'Het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het consultatiebureauwerk.'
- 'Systematisch VTO is meer een taak voor speciaal opgeleide consultatiebureau-artsen dan voor huisartsen.'
- 'Een speciaal opgeleide CB-arts denkt te snel dat er van afwijkin-



gen bij een kind sprake is.'

Hoe deze uitspraken door de verschillende beroepsgroepen beantwoord zijn, is te vinden in bijlage IV.

Met behulp van item-analyse is voor de verschillende beroepsgroepen nagegaan of deze uitspraken onderling voldoende samenhang vertonen, zodat ze samengevoegd kunnen worden tot een schaal. De somscore op deze schaal is dan een indicatie voor in hoeverre de respondenten denken dat de huisarts in staat is consultatiebureau te houden of dat dit juist door CB-artsen dient te geschieden. Dit bleek echter niet mogelijk vanwege een te geringe betrouwbaarheid (Cronbach's alpha is voor de verschillende beroepsgroepen .65 of minder). Blijkbaar meten de aparte uitspraken toch verschillende zaken en dienen we ze elk afzonderlijk in de analyse te betrekken.

Per uitspraak is derhalve nagegaan of er een relatie bestaat met het oordeel van de respondenten over de kwaliteit van de contacten met de huisarts van het kind. Een dergelijke relatie wordt door ons voor geen van de uitspraken gevonden. Dit geldt zowel voor de CB-artsen als de huisartsen die wél, respectievelijk géén consultatiebureau doen. Hieruit leiden we af dat er geen samenhang bestaat tussen de opvattingen over de persoon van de arts die consultatiebureau zou moeten doen en de kwaliteit van de contacten rond de verwijzingen naar de huisarts van het kind.

### **7.2.2. De relatie tussen teamsamenstellingen en de kwaliteit van de contacten met de huisarts van het kind**

Of er verschil is tussen de onderscheiden teamsamenstellingen bij de contacten met de huisarts van het kind, zijn we weer nagegaan via het oordeel van de respondenten over de kwaliteit van de verwijzingen naar deze huisarts.

Hoewel er hier geen sprake is van significante verschillen zijn er vooral bij de wijkverpleegkundigen wel enkele verschillen waar te nemen. Meer wijkverpleegkundigen die zuigelingenbureau doen met een huisarts waarmee ze samenwerken binnen een gezondheidscentrum of hometeam melden dat de kwaliteit van de verwijzingen naar de huisarts van het kind beter is dan bij de andere teamsamenstelling het geval is.

Daarnaast is de kwaliteit van de verwijzingen naar de huisarts van het kind minder goed dan bij andere teamsamenstellingen indien de wijkverpleegkundige kleuterbureau doet met een CB-arts waarbij ook kinderen uit de wijken van collega's komen. Dit laatste zien we ook bij de CB-artsen. Bij de huisartsen is er geen sprake van verschillen tussen de onderscheiden teamsamenstellingen.

### **7.2.3. De relatie tussen bureaus oude en nieuwe stijl en de kwaliteit van de contacten met de huisarts van het kind**

Net als in de vorige paragraaf onderzoeken we of er eventueel een relatie bestaat tussen bureaus oude of nieuwe stijl en de kwaliteit van de verwijzingen naar de huisarts van het kind. Bij de huisartsen en CB-artsen vinden we geen kwaliteitsverschillen tussen bureaus oude en nieuwe stijl, bij de wijkverpleegkundigen wel. Wijkverpleegkundigen die werken op een bureau nieuwe stijl maken vaker melding van een betere kwaliteit van de contacten rond verwijzingen naar de huisarts dan zij die werken op een bureau oude stijl. Het verschil is echter niet significant.

### **7.3. Andere contacten van bureaumedewerkers buiten het consultatiebureau**

De andere contacten die bureaumedewerkers hebben buiten het consultatiebureau kunnen, evenals de contacten met de huisarts van het kind, onderverdeeld worden in: verwijzingen, terugrapportage en overleg of consultatie. Daarnaast zijn de personen of instanties waarmee contact bestaat te verdelen op grond van hun positie in de gezondheidszorg (1.2). Wij maken hier een globale indeling in contacten met de tweede lijn en overige contacten, die bijna alle liggen binnen de eerste lijn of de basisgezondheidszorg.

#### **7.3.1. Contacten met de eerste lijn en andere instanties**

Formeel dienen een aantal instanties altijd via de huisarts benaderd te worden in geval van **verwijzing**, andere kunnen rechtstreeks door consultatiebureaumedewerkers of patiënten zelf benaderd worden. In hoeverre deze formele regels in de praktijk worden nageleefd hebben we niet onderzocht. Wel is het zo dat de huisarts van het kind bij verdere doorverwijzing zal aangeven dat dit geschiedt op verzoek van het consultatiebureau. Het is daarom uit oogpunt van communicatie en samenwerking van belang te weten of **terugrapportage** door de instantie waarnaar verwezen is alleen aan de huisarts van het kind geschiedt of ook aan het consultatiebureauteam. In hoeverre dit het geval is, is te zien in tabel 7.5.

We zien in deze tabel grote verschillen tussen de beroepsgroepen over het ontvangen van **terugrapportage**. Alleen van VTO-teams zegt ongeveer iedereen even vaak wel of niet terugrapportage te ontvangen en het merendeel ontvangt dit ook regelmatig.

Over de **kwaliteit** van de terugrapportage hebben we in 7.2 niets

gezegd omdat we dit in een keer willen doen. De vraag uit de vragenlijst rechtvaardigt namelijk slechts een globale beschrijving omdat erin geen onderscheid is gemaakt naar huisarts, rest van de eerste lijn of tweede lijn. Toch geven we het resultaat weer in tabel 7.6, waarbij te zien is dat artsen meer tevreden zijn dan wijkverpleegkundigen over terugrapportage. Verder vinden huisartsen het vaakst dat de contacten via terugrapportage goed zijn, voor zover ze althans ontvangen worden.

Tabel 7.5.: aantal personen per beroepsgroep dat zegt terugrapportage te ontvangen vanuit de eerste lijn of andere instanties (in procenten)

	huisartsen			CB-artsen			wijkverpleegkundigen					
	altijd matig	regel-soms	nooit	altijd matig	regel-soms	nooit	altijd matig	regel-soms	nooit			
- audiologisch centrum	60	20	9	11	18	33	15	34	46	18	16	20
- logopedist(e)	48	9	17	26	3	6	20	71	12	10	20	58
- maatschappelijk werker	31	22	27	20	-	12	19	69	13	24	32	31
- VTO-team	57	17	15	11	38	28	21	13	47	23	15	15
- medisch kleuter dagverblijf	26	17	31	26	28	14	10	48	21	11	22	46
- stichting spel en opvoedings-voorlichting	27	9	18	46	13	-	-	87	8	10	19	63

Tabel 7.6.: het oordeel over de kwaliteit van terugrapportage per beroepsgroep (in procenten)

	huisartsen	CB-artsen	wijkverpleegkundigen	huisartsen die geen CB doen
goed	66	52	31	61 (54)*
matig	25	40	54	27 (37)
slecht	8	6	13	5 (6)
	N=64	N=48	N=188	N=41 (65)

\* De percentages tussen haakjes hebben betrekking op de terugrapportage van huisartsen die géén consultatiebureau doen aan CB-artsen.

Rest nog de vraag hoe het gesteld is met het **overleg** dat plaatsvindt buiten de verwijzingen om, met de andere disciplines uit de eerste

lijn. Het gaat daarbij weer om gestructureerd overleg en overleg op eigen initiatief. Voor beide vormen van overleg hebben we een toaaltabel opgesteld (zie bijlage V) waarin deze vorm van communicatie met zoveel mogelijk disciplines staat weergegeven: huisartsen zeggen dit veel vaker te krijgen dan CB-artsen en wijkverpleegkundigen. Of de wijkverpleegkundigen hierbij melding maken van terugrapportage aan het bureau of aan hen persoonlijk is niet bekend.

Het blijkt dat het **gestructureerde** overleg weinig voorkomt bij huisartsen, wat vaker bij CB-artsen en nog wat vaker bij wijkverpleegkundigen. Afgezien van de contacten met de huisartsen van de kinderen die op het consultatiebureau komen, welke in de vorige paragraaf aan de orde kwamen, wordt er redelijk vaak overlegd met districtsartsen Jeugdgezondheidszorg en wel vooral door CB-artsen (42%). Dit gebeurt ook met de districtsverpleegkundige Jeugdgezondheidszorg, waar zowel CB-artsen (36%) als wijkverpleegkundigen (30%) regelmatig mee overleggen. Tussen de 10 en 20% van de wijkverpleegkundigen heeft verder vast overleg met een provinciale arts Jeugdgezondheidszorg, de schoolartsendienst, de kraamzorg, het RIAGG en het maatschappelijk werk. Bij de CB-artsen heeft verder 33% vast overleg met de schoolartsendienst en 23% met de provinciale arts Jeugdgezondheidszorg. Huisartsen hebben behalve met de huisarts van het kind nog het vaakst overleg met fysiotherapeuten (15%).

Overleg op **eigen initiatief** vindt veel vaker plaats door alle beroepsgroepen, waarbij blijkt dat iedere beroepsgroep het meest overlegt met de vanuit zijn of haar achtergrond of werkverband meest verwante personen. Alleen het VTO-team neemt hier een aparte positie in, omdat het multidisciplinair is samengesteld en eigenlijk ook geen eerstelijnsdiscipline is. De contacten met VTO-teams voor gestructureerd overleg zijn voor alle bureaumedewerkers gering. In geval van overleg op eigen initiatief blijken CB-artsen er veel vaker contact mee op te nemen dan huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Wat kunnen we zeggen over de **kwaliteit** van deze vormen van overleg? Het gestructureerde overleg dat vrij weinig voorkomt bij huisartsen en CB-artsen wordt door beide beroepsgroepen overwegend als goed ervaren. Bij de wijkverpleegkundigen (zie bijlage VI), waar deze vorm van overleg vaker voorkomt, is men niet over alle contacten zo uitermate tevreden, hoewel in het slechtste geval, de contacten met de provinciale arts Jeugdgezondheidszorg, toch nog door 68% van hen als goed wordt beoordeeld. Het meest ontevreden zijn de wijkverpleegkundigen over de contacten met VTO-teams; hier vindt 14% de contacten zelfs slecht en 15% wisselend, dus zowel goed als slecht.

Van de kwaliteit van het overleg op eigen initiatief geeft tabel 2 in bijlage VI een overzicht.

Gezien de veelheid en diversiteit van gegevens in deze tabel willen we alleen de aandacht vestigen op enkele frappante verschillen tussen beroepsgroepen. Vooral huisartsen hebben met een aantal personen of instellingen minder goede contacten dan wijkverpleegkundigen en CB-artsen, dit geldt voor: de schoolartsendienst, de districtsverpleegkundige Jeugdgezondheidszorg, het VTO-team en de kraamzorg. Met audiologische centra en RIAGG's hebben wijkverpleegkundigen duidelijk betere contacten dan zowel huisartsen als CB-artsen wanneer het om overleg op eigen initiatief gaat.

### 7.3.2. Contacten met disciplines in de tweede lijn

Net als bij de contacten met de eerste lijn en andere instanties hebben we hier aangaande de **verwijzingen** vanuit het bureau niets onderzocht, omdat deze contacten via de huisarts dienen te lopen. Tabel 7.7 geeft inzicht in het voorkomen van terugrapportage door specialisten aan het consultatiebureau apart per beroepsgroep.

Tabel 7.7.: aantal personen dat zegt terugrapportage te ontvangen uit de tweede lijn (in procenten)

	huisartsen				CB-artsen				wijkverpleegkundigen			
	altijd	regel- matig	soms	nooit	altijd	regel- matig	soms	nooit	altijd	regel- matig	soms	nooit
kinderarts	62	10	18	10	10	47	33	10	28	34	24	14
KNO-arts	53	9	15	23	2	14	28	56	15	19	26	40
orthopaed	59	11	11	19	4	29	36	31	12	17	22	49
RIAGG	31	22	29	18	8	14	24	54	11	8	39	42
andere specialist	57	11	11	21	5	15	56	24	14	15	34	37

Evenals de contacten met de eerste lijn zijn ook hier de CB-artsen niet erg te spreken over de frequentie van de terugrapportage, huisartsen vinden daarentegen dat ze vaker dan door de eerstelijnsdisciplines terugrapportage ontvangen.

Voor de kwaliteit van de contacten via terugrapportage kijken we even terug naar tabel 7.6, omdat deze cijfers tevens betrekking hebben op de terugrapportage door de tweede lijn. Combineren we de gegevens uit deze tabel met die uit tabel 7.7, dan kunnen we stellen dat ongeveer de helft van de huisartsen vindt dat er altijd sprake is van terugrapportage indien ze doorverwezen hebben naar een spe-

cialist en dat de meesten van hen ook tevreden zijn over de kwaliteit van deze vorm van communicatie. Volgens de CB-artsen hapert er nogal wat aan de terugrapportage van de specialisten zowel wat betreft de mate waarin dit gebeurt als aan de kwaliteit ervan.

**Gestructureerd** overleg met de tweede lijn komt nauwelijks voor (zie bijlage VII), bij CB-artsen is hier nog het meest sprake van met een kinderarts, hoewel het hier ook maar om vijf personen gaat. Overleg op **eigen initiatief** wordt daarentegen door veel meer bureaumedewerkers gepleegd met een specialist, vooral met kinderartsen; van de CB-artsen doet dit 68%, van de huisartsen 59% en van de wijkverpleegkundigen 36%. Verder zoekt 49% van de huisartsen wel eens contact met een KNO-arts en 44% met een orthopaed, van de CB-artsen is dit bij 21, respectievelijk 17% het geval. Behalve met de kinderarts nemen wijkverpleegkundigen weinig initiatief tot overleg met specialisten.

Over de **kwaliteit** van het overleg op eigen initiatief met specialisten zijn huisartsen zeer te spreken, 95% noemt deze contacten goed (zie bijlage VII). De CB-artsen zijn wat minder lovend, maar toch 75% van hen noemt de contacten met de kinderarts goed en dat doet ook 85% van de wijkverpleegkundigen. Het aantal respondenten dat iets zegt over de kwaliteit van de contacten met de orthopaed en KNO-arts is bij de wijkverpleegkundigen en CB-artsen te gering om waarde aan de percentages te hechten.

Samenvattend kunnen we stellen dat er vaak contacten zijn met werkers in de tweede lijn vanuit het consultatiebureau. De meeste vormen van contact verlopen ook redelijk naar tevredenheid van de respondenten, alleen de CB-artsen zijn minder tevreden over de hoeveelheid en kwaliteit van de terugrapportage.

#### **7.4. Samenvatting**

Allereerst kwam de communicatie en samenwerking aan de orde binnen de consultatiebureaus. Hier zien we dat de meeste consultatiebureauteams bestaan uit twee personen: één wijkverpleegkundige werkt samen met één huisarts of met één CB-arts.

CB-artsen leiden gemiddeld veel meer consultatiebureaus dan huisartsen en wijkverpleegkundigen en hebben derhalve met de het grootste aantal huisartsen van wie ze kinderen op het bureau zien te

maken. Overleg op het consultatiebureau gebeurt in het merendeel van de gevallen tijdens het bureau of direct in aansluiting op het consultatiebureau. Dit geldt voor de drie beroepsgroepen in ongeveer gelijke mate. Relatief gezien besteden CB-artsen minder tijd aan nabespreking dan huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Over de kwaliteit van de samenwerking binnen het consultatiebureau is de meerderheid van de huisartsen en CB-artsen tevreden, de wijkverpleegkundigen zijn dit minder vaak. Daarnaast meldt een kwart van de CB-artsen en een iets kleinere groep wijkverpleegkundigen dat er ook bureaus zijn waar ze niet tevreden zijn over de kwaliteit van de samenwerking. De meest genoemde klachten over de kwaliteit van de samenwerking zijn dat personen binnen een team niet met elkaar overweg kunnen of dat men zich niet aan zijn of haar afspraken houdt.

Nadere analyse aangaande de kwaliteit aan de samenwerking binnen het bureau brengt aan het licht dat medewerkers die melding maken van knelpunten aangaande de taakverdeling binnen het bureau significant minder tevreden zijn over de kwaliteit van de samenwerking. Dit verband zien we bij alle drie de beroepsgroepen. Eenzelfde verband vinden we voor personen die hebben aangegeven knelpunten te ervaren op het organisatorische vlak; hoewel dit laatste voor de huisartsen maar in geringe mate opgaat.

De teamsamenstellingen laten onderling weinig verschil zien wat betreft de kwaliteit van de samenwerking binnen het consultatiebureau. Op bureaus oude en nieuwe stijl vinden we wel verschil in kwaliteit van samenwerking, althans bij de huisartsen en wijkverpleegkundigen. De trend is hier dat op de oude stijl bureaus de samenwerking vaker goed wordt genoemd dan op de nieuwe stijl bureaus. Toch meldt de helft van de personen die ervaring heeft met beide soorten bureaus dat de samenwerking is verbeterd na invoering van de nieuwe stijl.

Vervolgens keken we naar de communicatie en samenwerking met de huisarts van de kinderen die op het consultatiebureau komen. Hier blijkt dat huisartsen gemiddeld kinderen van 4 collega's zien en het merendeel van de CB-artsen kinderen ziet van 6 of meer huisartsen. CB-artsen geven aan dat een verwijzing door hen naar de huisarts meestal gepaard gaat met een toelichting terwijl huisartsen dit vaker achterwege blijken te laten. De kwaliteit van de contacten via verwijzingen wordt daarentegen door meer huisartsen goed genoemd dan door CB-artsen. Bij huisartsen neemt de kwaliteit van deze contacten echter af naarmate ze met meer collega-huisartsen te maken hebben,

terwijl dit bij de CB-artsen niet het geval is. Huisartsen melden verder minder vaak dan CB-artsen dat er sprake is van terugrapportage aan hen door collega's. Dit zou kunnen samenhangen met het feit dat ze zelf ook minder vaak toelichting geven bij verwijzing. Tot slot zeggen veel CB-artsen en wijkverpleegkundigen dat er sprake is van overleg door hen op eigen initiatief met de huisarts van het kind; de huisartsen die consultatiebureau doen, doen dit veel minder vaak.

Over de communicatie en samenwerking met de huisarts van de kinderen die op het consultatiebureau komen hebben we nog een aantal analyses gedaan om na te gaan of we factoren konden vinden die deze vorm van contact beïnvloeden. Achtereenvolgens deden we dit voor een aantal opvattingen over welke arts het beste consultatiebureau kan doen, voor de onderscheiden teamsamenstellingen en voor bureaus oude en nieuwe stijl. Nergens vonden we echter duidelijke verbanden.

Wat betreft de contacten met de rest van de eerste lijn en andere instanties keken we naar de terugrapportage en de kwaliteit ervan. Behalve van VTO-teams zeggen huisartsen veel vaker terugrapportage te ontvangen van de disciplines uit de eerste lijn dan CB-artsen en wijkverpleegkundigen. De kwaliteit van de terugrapportage wordt over het geheel genomen door huisartsen het best genoemd en door wijkverpleegkundigen het slechtst.

Gestructureerd overleg met eerste lijn en andere instanties komt voornamelijk voor bij wijkverpleegkundigen en CB-artsen, maar in veel mindere mate dan overleg op eigen initiatief. Deze laatste vorm van overleg vindt het meeste plaats met personen die men op grond van beroep of werkverband reeds kent of gemakkelijk meent te kunnen benaderen. De kwaliteit van het overleg op eigen initiatief wordt over het algemeen goed genoemd, alleen wijkverpleegkundigen zijn minder tevreden over de contacten met VTO-teams.

Bestudering van de contacten met de tweede lijn laat zien dat CB-artsen veel minder vaak dan huisartsen melden terugrapportage te ontvangen en dat ze ook minder vaak tevreden zijn over de kwaliteit ervan. Van overleg op eigen initiatief met specialisten wordt veel gebruik gemaakt door de verschillende bureaumedewerkers en meestal tot tevredenheid.

Ter afsluiting van deze samenvatting nog een vergelijking tussen het aantal maal dat contacten zijn gemeld met huisartsen, met de eerste



lijn en met de tweede lijn. We beperken ons hierbij tot de terugrapportage en het overleg op eigen initiatief. Wijkverpleegkundigen en CB-artsen zeggen veel vaker terugrapportage te ontvangen van de huisarts van het kind dan vanuit de disciplines uit de eerste of tweede lijn. Dit betekent waarschijnlijk dat er door hen ook vaker is doorverwezen naar de huisarts. Huisartsen ontvangen het meest terugrapportage vanuit de tweede lijn en het minst van collega-huisartsen. Ditzelfde beeld geldt voor contacten op eigen initiatief, hoewel dat minder vaak door huisartsen wordt ondernomen maar wel vaker met de tweede lijn dan bij de wijkverpleegkundigen en CB-artsen het geval is.

## **8. DE MENING VAN DE CONSUMENT OVER HET CONSULTATIEBUREAU**

In hoofdstuk drie vermeldden we reeds enkele gegevens over de consumenten om de onderzoekspopulatie nader te omschrijven. In dit hoofdstuk presenteren we de overige onderzoeksresultaten die we via de consumentenenquête verkregen hebben. De respondenten zijn daartoe in twee groepen verdeeld: 453 ouders met zuigelingen en 457 ouders met kleuters.

Evenals bij de bureaumedewerkers maken we bij de analyse onderscheid naar teamsamenstelling van de bureaus, op grond van de arts die ouders op het bureau zien, en naar oude en nieuwe stijl bureaus. Met behulp van welke variabelen we deze indelingen gemaakt hebben, staat aangegeven in hoofdstuk 3 (3.5.2). Hier willen we alleen de aantallen per subgroep even memoreren. Voor de teamsamenstellingen zijn dat 487 ouders die hun eigen huisarts zien op het bureau, 54 die een andere huisarts zien die ze enigzins kennen uit een samenwerkingsverband en 240 ouders die een speciale CB-arts zien. Daarnaast bezoeken 262 respondenten een bureau oude stijl en 599 respondenten een bureau nieuwe stijl.

### **8.1. Ouders die niet met hun kind op het consultatiebureau komen**

Om te beginnen iets meer informatie over de ouders die niet met hun kind op het consultatiebureau komen. Het gaat om een kleine groep non-participanten, namelijk 11 ouders van zuigelingen (2%) en 20 van kleuters (4%).

Uit ander onderzoek blijkt (zie 2.1.6) dat ouders die niet op het consultatiebureau komen op enkele kenmerken kunnen verschillen van diegenen die het consultatiebureau wel bezoeken. We onderzochten in dit verband de opleiding van de ouders en het rangnummer van het kind. Bij de zuigelingen vinden we geen verschillen tussen non-participanten en participanten wat betreft de opleiding van vader en moeder. Bij de kleuters bevinden zich onder de non-participanten voor beide ouders minder laag opgeleiden dan bij de participanten. Wat rangnummer van het kind betreft zien we dat 8 van de 11 zuigelingen (75%) en 3 van de 20 kleuters (15%) enigst kind zijn. De meeste ouders van kleuters die het consultatiebureau niet bezoeken hebben dus al één of meer andere kinderen, terwijl de meeste zuigelingen enigst kind zijn. Bij de ouders die het consultatiebureau wel

bezoeken ligt vooral bij de zuigelingen deze verhouding anders: hier is maar 43% enigst kind. Bij de kleuters is dit 24%. Gezien de geringe omvang van de groep non-participanten kunnen er aan genoemde bevindingen echter weinig conclusies worden verbonden.

### **8.1.1. Redenen om wel of niet het consultatiebureau te bezoeken**

In deze paragraaf geven we aan wat voor redenen de non-participanten opgeven om het consultatiebureau **niet** te bezoeken. Ter vergelijking vermelden we de redenen die de participanten opgeven om het consultatiebureau **wel** te bezoeken.

Van de 31 non-participanten hebben 7 ouders van zuigelingen en 17 ouders van kleuters één of meerdere redenen aangegeven waarom ze het consultatiebureau niet bezoeken. De belangrijkste reden is zowel bij de zuigelingen als bij kleuters: 'het kind is elders onder controle' (respectievelijk 6 en 12 maal). Ouders van zuigelingen noemen verder nog 2 maal: 'mijn ideeën over voeding en/of opvoeding komen niet overeen met die van de arts en/of wijkzuster' en 'ik heb negatieve verhalen van anderen gehoord'. Ouders van kleuters noemen deze twee redenen respectievelijk 4 en 3 maal. Negen maal wordt door ouders van kleuters aangegeven dat ze te lang moesten wachten, 6 maal dat de tijd op de oproepkaart hen niet uitkomt en 5 maal dat ze het te druk hebben of geen tijd hebben, dat ze de bezoeken niet nodig vinden omdat het kind toch wel gezond is en dat ze slechte ervaringen hebben gehad met andere kinderen. Vier maal worden tenslotte nog de volgende redenen genoemd: 'het bureau is te ver weg', 'men luistert niet goed naar mij' en 'ik kan slecht met de bureau-arts overweg'. Een vergelijking met de redenen welke in het onderzoek van Van Vliet e.a. (1979) worden genoemd (2.1.6) toont aan dat bijna alle door hen vermelde redenen ook door deze respondenten genoemd zijn.

De redenen waarom ouders het consultatiebureau **wel** bezoeken zijn weergegeven in tabel 8.1.

Behalve de door ons opgegeven antwoordmogelijkheden (kolom 1 t/m 5) hebben we een extra kolom aan deze tabel toegevoegd, omdat een wisselend aantal respondenten niets had ingevuld in plaats van het hokje 'niet van toepassing' aan te kruisen. Het komt er zodoende op neer dat de laatste twee kolommen **tezamen** het percentage ouders aangeeft waarvoor betreffende uitspraak niet heeft meegespeeld bij hun keuze om het consultatiebureau wel of niet te bezoeken. De eerste twee kolommen bevatten de belangrijkste redenen waarom ze in feite het consultatiebureau bezoeken.

Tabel 8.1.: de redenen die bij ouders hebben meegespeeld bij hun beslissing naar het consultatiebureau te gaan (in procenten)

Ik ga naar het consultatiebureau omdat:	zeer belang- rijk	belang- rijk	van weinig belang	on- belang- rijk	niet van toe- passing	geen ant- woord
- ik behoefte heb aan steun bij het grootbrengen van mijn kind	7	31	21	10	21	11
- ik er vragen kan stellen over de voeding van mijn kind	27	51	8	3	3	7
- ik er vragen kan stellen over de ontwikkeling van mijn kind	28	52	7	2	3	7
- ik er vragen kan stellen over het gedrag van mijn kind	15	45	18	5	8	9
- ik wil weten of mijn kind goed gezond is	59	31	2	1	2	6
- ik wil weten of mijn kind goed groeit	48	41	3	1	1	6
- ik wil weten of mijn kind zich goed ontwikkelt	53	37	2	0.5	1	7
- het verplicht is	5	8	8	19	48	12
- ik wel eens onzeker ben en wil horen of ik het goed doe	8	21	19	13	29	12
- mijn kind er wordt ingeënt	67	23	1	1	3	5
- mijn kind er regelmatig wordt onderzocht	50	41	2	0.5	2	5
- het gehoor van mijn kind er wordt nagekeken	46	37	4	1	4	8
- ik er andere ouders met kinderen kan ontmoeten	3	18	33	21	16	10
- de artsen en verpleegkundigen daar deskundig zijn	22	53	8	3	5	9
- het tijdstip van het bureau mij goed uitkomt	3	14	18	21	33	11
- het bureau voor mij goed te bereiken is	8	22	16	19	24	11

De meest genoemde redenen (rond de 90%) zijn dat ouders willen weten of hun kind goed gezond is, goed groeit, zich goed ontwikkelt, regelmatig wordt onderzocht en wordt ingeënt; dit laatste vindt zelfs 67% zeer belangrijk. Ook belangrijk (rond de 80%) wordt gevonden dat de ouders op het consultatiebureau vragen kunnen stellen over de voeding en de ontwikkeling van hun kind en dat het gehoor wordt nagekeken. Vijfenzeventig procent van de ouders vindt het consultatiebureau belangrijk omdat artsen en verpleegkundigen er deskundig zijn. Hiermee hangt samen dat 38% van de ouders als reden aangeeft dat ze behoefte hebben aan steun bij het grootbrengen van het kind en 29% dat ze willen weten of ze het goed doen omdat ze onzeker zijn. Slechts 21% vindt het ontmoeten van andere ouders met kinderen belangrijk.

## 8.2. Hoe vaak hebben ouders contact met de medewerkers van het consultatiebureau?

Allereerst vermelden we hoe vaak ouders met hun kind het bureau bezoeken, apart voor zuigelingen en voor kleuters.

Tabel 8.2.: het aantal malen dat ouders met hun zuigeling het bureau bezochten in het afgelopen jaar (in procenten)

	na 2 maanden	na 6 maanden	na 1 jaar
1- 3 maal	86	3	-
4- 6 maal	14	66	22
7- 9 maal	-	31	38
10-12 maal	-	-	41

N=417

Deze tabel laat zien dat we voor zuigelingen onderscheid hebben gemaakt in drie categorieën. Dit is nodig omdat we één jaarcohort van zuigelingen ondervraagd hebben waarbij een nagenoeg gelijke verdeling te zien is over elke maand van het jaar. Omdat de jongste baby's uit de steekproef tussen 1 en 2 maanden oud zijn, is de eerste categorie 'na 2 maanden'. Het meest opvallende in deze tabel is dat 22% van de ouders zegt maar 4-6 maal het bureau bezocht te hebben in de zuigelingenperiode.

Tabel 8.3.: het aantal malen dat ouders met hun kleuter het bureau bezochten in het afgelopen jaar (in procenten)

	2 <sup>e</sup> jaar	3 <sup>e</sup> jaar	4 <sup>e</sup> jaar	totaal
0 maal	1	3	-	2
1 maal	56	60	65	59
2 maal	38	36	29	36
3 maal of meer	5	-	6	3

N=375

Tabel 8.3 geeft een overzicht van de kleuterbezoeken. Op een enkele

uitzondering na loopt de verdeling per levensjaar niet sterk uiteen en bezoeken ongeveer 2 maal zo veel kleuters één keer per jaar het bureau dan twee keer per jaar.

Naast het bezoek aan het consultatiebureau kunnen ouders ook in contact komen met de wijkverpleegkundige wanneer deze bij hen op huisbezoek komt of via de telefoon. Het blijkt dat bijna alle respondenten wel eens huisbezoek gehad hebben; slechts 2% van de ouders van zuigelingen en 6% van die van kleuters zeggen dat dit niet het geval is.

Het merendeel van de ouders zegt alleen vlak na de bevalling huisbezoek te hebben gehad, namelijk 78% van de ouders met zuigelingen en 62% van de ouders met kleuters. 'Af ten toe' wordt door respectievelijk 20% en 33% van de ouders gemeld.

Dat de ouders van kleuters in deze laatste categorie hoger scoren dan zuigelingen is logisch. Het is echter voor hen tevens het enige cijfer dat geldt, immers de categorie 'vlak na de bevalling' is in dit onderzoek voor hen niet meer relevant. Anders gezegd: slechts 33% van de ouders van kleuters krijgt af en toe huisbezoek, terwijl eigenlijk alle ouders van zuigelingen minstens éénmaal bezocht zijn. Op een vraag van ons aan de ouders wat ze van het huisbezoek vinden antwoordt bij de zuigelingenbureaus 48% dat dit zinvol is, 64% prettig, 13% matig en 9% overbodig of zinloos. Bij de kleuterbureaus zijn de vergelijkende percentages: 40% zinvol, 58% prettig, 12% matig en 13% overbodig of zinloos.

Daarnaast blijkt dat 54% van de ouders van zuigelingen en 49% van de ouders van kleuters tussendoor wel eens naar het consultatiebureau heeft gebeld. De meeste van deze mensen (ruim 90%) zijn tevreden over de manier waarop ze geholpen zijn via de telefoon. Van de mensen die niet tevreden zijn na zo'n telefoongesprek, geeft de helft hiervan een reden op. De meest genoemde redenen zijn: 'er werd door de telefoon een verkeerde diagnose gesteld' (8x), 'het advies of de informatie was onvolledig' (6x) en 'mijn ongerustheid werd niet weggenomen' (6x).

### **8.3. Hoe tevreden zijn de ouders over het consultatiebureau**

In deze paragraaf komt achtereenvolgens aan de orde hoe tevreden ouders in het algemeen zijn over de wijze waarop het consultatiebureau is georganiseerd en wordt uitgevoerd en over datgene wat er op het consultatiebureau in feite gebeurt.

### 8.3.1. Algemene tevredenheid

Hierover hebben we de ouders twee vragen gesteld, namelijk: 'hoe bevalt het consultatiebureau u in het algemeen' en 'in hoeverre bent u tevreden over het consultatiebureau?'. Van alle respondenten antwoorden op de eerste vraag 79% 'goed', 20% 'matig' en 1% 'slecht'. Bij de onderscheiden teamsamenstellingen ligt alleen op de zuigelingenbureaus onder leiding van een CB-arts de waardering iets lager: 70% van de ouders geeft hier als antwoord 'goed' en 27% 'matig'. In de door ons gevraagde toelichting op deze vraag worden door 74% van de respondenten allerlei ervaringen met het consultatiebureau aangegeven. De meesten hiervan zijn positief en luiden als volgt: 'je blijft op de hoogte van de ontwikkeling van je kind, of alles goed gaat' (11%), 'de sfeer is prettig, open, hartelijk' of 'men neemt voldoende tijd voor moeder en kind' (10%), 'tevreden, consultatiebureau is zinvol' (9%), 'er wordt goede voorlichting en informatie gegeven' (7%), 'controle van kind geeft ouders zekerheid' (6%) en 'je wordt serieus genomen' of 'je kunt al je vragen stellen' (6%). De meest genoemde negatieve ervaringen zijn: 'personeel wisselt te vaak' (3%), 'te lang moeten wachten' (3%), 'personeel is te stug of onpersoonlijk' (2%), 'je hebt er niet altijd wat aan' (2%). Tabel 8.4 laat zien hoe de ouders hebben geantwoord op de vraag 'in hoeverre bent u tevreden over het consultatiebureau'.

Tabel 8.4.: de tevredenheid van de ouders over het consultatiebureau (in procenten)

	zuigelingenbureau				kleuterbureau			
	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal
- tevreden	61	56	52	57	68	58	53	63
- tamelijk tevreden	29	29	35	31	21	26	34	26
- niet tevreden/ niet ontevreden	7	9	8	8	8	11	7	8
- tamelijk ontevreden	2	6	3	3	2	5	4	3
- ontevreden	1	-	2	1	1	-	2	1
	N=260	N=34	N=99	N=393	N=205	N=19	N=137	N=361

Nemen we de categorieën 'tevreden' en 'tamelijk tevreden' samen dan is 88% van de ouders van zuigelingen en 89% van de ouders van kleuters tot op zekere hoogte tevreden. Nemen we de eerste categorie apart dan zien we toch enige differentiering in de mate van tevredenheid en ontstaan er met name verschillen tussen teamsamenstellingen. Het blijkt dan dat ouders die bij CB-artsen op het bureau komen minder vaak echt tevreden zijn dan ouders die hun eigen huisarts zien op het bureau; dit geldt zowel voor zuigelingen- als voor kleuterbureaus. Ook op het bureau nieuwe stijl zijn minder ouders echt tevreden dan op het bureau oude stijl (57 tegen 67%).

### **8.3.2. Tevredenheid over de organisatie van het consultatiebureau**

De organisatie van het bureau wordt door ouders vooral beoordeeld op het functioneren van het afsprakensysteem en eventuele wachttijden. Klachten hierover zijn we herhaaldelijk tegengekomen in de literatuur (2.1.6). Hoe tevreden zijn de ouders in ons onderzoek hierover? Over het **afsprakensysteem** zijn de ouders van zuigelingen en kleuters eensgezind: 75% van hen vindt het goed, 21% matig en 4% vindt het slecht. Vergelijken we de onderscheiden teamsamenstellingen, dan zien we significante verschillen: 11% van de ouders van zuigelingen die bij een CB-arts komen vindt het afsprakensysteem slecht en 67% van hen vindt het goed. Van de ouders die een kleuterbureau bezoeken bij een andere dan de eigen huisarts vindt 53% het afsprakensysteem goed en antwoordt 41% 'matig'. Verder blijkt dat de afspraken op de bureaus oude stijl duidelijk beter georganiseerd zijn dan op de bureaus nieuwe stijl: op de nieuwe stijl bureaus vindt 70% van de ouders het systeem goed en 26% matig, op de oude stijl bureaus is dat 81 en 16%.

Hoelang de **wachttijden** zijn op de verschillende bureaus kunnen we zien in tabel 8.5. Ook hier zien we weer weinig verschil tussen zuigelingen en kleuters: meer dan de helft van de ouders hoeft niet langer dan een kwartier te wachten en ruim 30% 15-30 minuten. Bij de verschillende zuigelingenbureaus is er echter sprake van significante verschillen tussen de ouders die een huisarts zien en de ouders die een CB-arts zien op het bureau. Van de laatste groep ouders moet 65% 15 tot 45 minuten wachten en 28% korter dan 15 minuten; van de ouders die bij een huisarts komen zegt 65-69% maar kort te hoeven wachten. Bij de kleuterbureaus zien we eenzelfde verschil maar in iets mindere mate, terwijl het aantal ouders dat een bureau met een andere huisarts bezoekt te klein is om echt in de vergelijking te betrekken. Tussen oude en nieuwe stijl bureaus vinden we geen verschillen bij de opgegeven wachttijden.



Tabel 8.5.: het aantal minuten dat ouders moeten wachten voor ze aan de beurt zijn op het consultatiebureau (in procenten)

	zuigelingenbureau			kleuterbureau				
	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal
- minder dan 15 minuten	69	65	28	57	61	47	47	55
- 15-30 minuten	26	32	51	33	27	37	33	30
- 31-45 minuten	2	-	14	5	6	5	11	7
- langer dan 45 minuten	1	3	4	2	1	5	2	2
- wisselend	3	-	3	3	5	5	7	6
	N=271	N=34	N=100	N=405	N=210	N=19	N=137	N=366

Een andere vraag is **wat ouders ervan vinden wanneer ze wat langer moeten wachten**. Zowel ouders van zuigelingen als ouders van kleuters vinden dit in 34% van de gevallen niet vervelend, 24% van hen vindt het zelfs leuk vanwege de contacten met andere ouders; 'normaal' vindt 51-56% de tijd die ze moeten wachten en 7% vindt deze hinderlijk lang. Kijken we echter naar de onderscheiden teamsamenstellingen, dan vindt op het zuigelingenbureau 33% van de ouders die een CB-arts bezoeken de wachttijd normaal en 47% vindt ze aan de lange kant of zelfs hinderlijk lang. Dit is redelijk in overeenstemming met wat we zagen in tabel 8.5, met dien verstande dat op het zuigelingenbureau meer ouders langer moeten wachten bij de CB-arts en ook meer ouders minder tevreden zijn over de wachttijden dan bij de andere teamsamenstellingen van het bureau. Eenzelfde tendens zien we bij het kleuterbureau.

Tussen nieuwe en oude stijl tenslotte vinden we ook een verschil in 'waardering' van de wachttijd. Want hoewel er bij de wachttijd zelf geen sprake is van een verschil tussen beide bureauvormen, wordt deze zelfde tijd op de bureaus nieuwe stijl door de ouders vaker aan de lange kant gevonden.

Een goede organisatie houdt behalve een goed afsprakensysteem en niet te lange wachttijden ook in dat ouders voordat ze voor de eerste maal een consultatiebureau bezoeken **op de hoogte zijn van het**

**doel en de werkwijze** ervan. Achtenvijftig procent van de ouders van het zuigelingenbureau was van te voren op de hoogte van het doel en de werkwijze ervan, 30% was dit gedeeltelijk en 12% zegt dat hen er niets over bekend was. Op de kleuterbureaus omvat deze laatste categorie eveneens 12%, 36% was gedeeltelijk op de hoogte en 52% was voldoende ingelicht. Tussen oude en nieuwe stijl bureaus vinden we hier geen verschillen en tussen de onderscheiden teamsamenstellingen ook weinig. Alleen op kleuterbureaus met een andere dan de eigen huisarts vindt maar 33% van de ouders dat ze voldoende op de hoogte waren en de helft dat dit maar gedeeltelijk zo was.

In het totaal wist dus 42 à 48% van de ouders niet precies of zelfs helemaal niet wat hen op het bureau te wachten stond toen ze er voor het eerst heen gingen. Misschien is dit te wijten aan het feit dat de huisarts de ouders zelden inlicht over het consultatiebureau en de wijkverpleegkundige dit ook niet al te vaak doet, want slechts 35% van de ouders van zuigelingen en 29% van de ouders van kleuters zeggen door de wijkverpleegkundigen tevoren op de hoogte te zijn gesteld. Het merendeel van de ouders verwerft de informatie over het consultatiebureau via familie of kennissen, namelijk 43% van de ouders van zuigelingen en 51% van kleuters. Verder weet ruim 20% van hen er van doordat ze andere kinderen hebben of vanuit hun studie of werk en 7% tenslotte verwierf deze kennis uit andere bronnen, zoals tijdschriften, andere schriftelijke informatie of oudercursussen.

### **8.3.3. Tevredenheid over de uitvoering van het consultatiebureau**

Hier bezien we eerst hoe de ouders oordelen over de contacten met de bureaumedewerkers en doen dit apart voor artsen en wijkverpleegkundigen. In tabel 8.6 is weergegeven wat de ouders vinden van de contacten met de arts. We zien hier dat er weinig verschil is tussen zuigelingen- en kleuterbureaus en dat de positieve antwoordcategorieën veel vaker gebruikt zijn dan de negatieve. Hoewel de percentages in deze tabel niet bij elkaar kunnen worden opgeteld, omdat de respondenten meerdere antwoorden konden geven, vindt in ieder geval tweederde van de ouders de contacten met de arts prettig en ongeveer eenderde deze ondersteunend en/of vertrouwelijk; ruim 20% van de ouders geeft aan dat de contacten oppervlakkig zijn.

Tussen de onderscheiden teamsamenstellingen zijn wel duidelijke verschillen te onderkennen, die het grootst zijn voor de uitspraken 'ondersteunend', 'vertrouwelijk', 'prettig' en 'oppervlakkig'.

Op de bureaus met de eigen huisarts wordt de arts vaker dan gemiddeld als vertrouwelijk of als prettig ervaren en minder vaak als oppervlakkig benoemd. Op de bureaus met CB-artsen tenslotte wordt de

Tabel 8.6.: beoordeling van de ouders van het contact met de arts  
(in procenten)

	zuigelingenbureau			kleuterbureau				
	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal
- ondersteunend	42	35	29	38	45	32	28	37
- vertrouwelijk	41	9	17	32	37	26	20	28
- prettig	77	50	53	68	75	53	59	67
- niet zo prettig omdat zij/hij me niet zo ligt	1	3	7	3	2	5	4	3
- betuttelend	1	-	2	2	1	-	2	2
- oppervlakkig	11	35	38	21	12	47	31	22
- uit de hoogte	1	3	2	2	-	-	1	1
- terughoudend	3	12	7	5	3	16	5	5
	N=276	N=34	N=100	N=410	N=211	N=19	N=138	N=368

Tabel 8.7.: beoordeling van de ouders van het contact met de wijk-  
verpleegkundige (in procenten)

	zuigelingen- bureau	kleuter- bureau
- ondersteunend	35	27
- vertrouwelijk	22	20
- prettig	65	68
- niet zo prettig omdat zij/hij me niet zo ligt	3	3
- betuttelend	7	6
- oppervlakkig	18	18
- uit de hoogte	2	1
- terughoudend	2	2
	N=407	N=368

arts op de genoemde kenmerken veel negatiever beoordeeld dan de eigen huisarts.

De tabel voor de contacten met de wijkverpleegkundigen (tabel 8.7) bevat alleen percentages voor de hele steekproef, omdat er zowel weinig verschil is tussen de zuigelingen- en kleuterbureaus als tussen de onderscheiden teamsamenstellingen. Er is echter één kenmerk waarop door bijna iedere subgroep verschillend wordt gescoord, namelijk 'vertrouwelijk'. Deze verschillen zijn bovendien significant. Het duidelijkst is dit bij de bureaus met de eigen huisarts waar de wijkverpleegkundige vaker dan gemiddeld 'vertrouwelijk' wordt genoemd (34%), dit in tegenstelling tot de bureaus met een andere huisarts, waar dit voor 21% van hen het geval is.

Ook is er duidelijk verschil tussen de oude en nieuwe stijl bureaus waar de respondenten het contact met de wijkverpleegkundige voor 25 respectievelijk 34% als 'vertrouwelijk' ervaren.

Vergelijken we nu de gegevens uit tabel 8.6 en 8.7, dan zien we dat in het algemeen de wijkverpleegkundige minder vaak vertrouwelijk wordt gevonden dan de arts en minder vaak terughoudend. Dat geldt zowel voor zuigelingen- als kleuterbureaus. Voor de kleuterbureaus geldt verder dat de wijkverpleegkundige ook minder vaak ondersteunend wordt gevonden dan de arts.

In tabel 8.8 staan vervolgens een aantal uitspraken over **de houding van de arts en wijkverpleegkundige**, waarover we de ouders gevraagd hebben hun oordeel uit te spreken. Hier is alleen de antwoordcategorie 'ja' opgenomen, omdat het merendeel van de respondenten positief heeft geantwoord en nog geen 3% met 'nee'.

Binnen de zuigelingenbureaus komen de bureaus met andere dan de eigen huisartsen minder positief over. Hier wordt door de ouders minder dan gemiddeld bevestigend geantwoord op de items: 'vindt u dat de **arts** voldoende tijd voor u heeft' (67%), 'vindt u dat de **arts** goed naar u luistert' (71%) en 'vindt u dat de **wijkverpleegkundige** voldoende tijd voor u heeft' (71%). Op dit laatste item wordt bij dezelfde bureausamenstelling op het kleuterbureau ook lager dan gemiddeld gescoord. Verder vinden bij de kleuterbureaus de ouders die een CB-arts zien minder vaak dan gemiddeld dat de arts het kind goed en compleet onderzoekt (68%) en dat de arts goed naar de ouders luistert (76%).

Tabel 8.8.: het oordeel van de ouders over de houding van artsen en wijkverpleegkundigen (in procenten)

		zuigelingen- bureau	kleuter- bureau
- vindt u dat de arts voldoende tijd voor u heeft	ja	77	80
- vindt u dat de wijkverpleegkundige voldoende tijd voor u heeft	ja	84	86
- vindt u dat de arts uw kind goed en compleet onderzoekt	ja	75	76
- vindt u dat de wijkverpleegkundige goed luistert naar wat u vertelt over uw kind	ja	79	84
- vindt u dat de arts goed luistert naar wat u vertelt over uw kind	ja	81	83
		N=410	N=365

Tenslotte vinden de ouders van de nieuwe stijl bureaus minder vaak dan op die van de oude stijl bureaus dat de **arts** voldoende tijd voor hen heeft, respectievelijk 75 en 86%.

Als laatste hebben we aan de ouders gevraagd of ze **liever met de arts dan met de wijkverpleegkundige te maken** hebben op het consultatiebureau. De resultaten van deze vraag geven we weer in tabel 8.9. Het blijkt dat 58% van alle ouders zegt geen voorkeur te hebben voor een bepaalde persoon. Hebben ze wel voorkeur, dan prefereren ze meestal de arts. Alleen op de bureaus met een andere dan de eigen huisarts kiest maar 25% van de ouders voor de arts, zowel op het zuigelingen- als op het kleuterbureau, terwijl 24% van de ouders van zuigelingen en 16% van die van kleuters hier voor de wijkverpleegkundige kiest.

Al deze bevindingen over de contacten met de arts en wijkverpleegkundige samen nemend zijn de ouders redelijk positief over deze contacten, hoewel er wel nuanceverschillen te zien zijn tussen de onderscheiden groepen.

Tabel 8.9.: de voorkeur van de ouders voor arts of wijkverpleegkundige, apart voor zuigelingen- en kleuterbureau en bureaus nieuwe en oude stijl (in procenten)

voorkeur voor:	zuigelingen- bureau	kleuter- bureau	bureau oude stijl	bureau nieuwe stijl
- de arts	31	35	35	32
- de wijkverpleeg- kundige	12	6	4	12
- geen voorkeur	57	59	61	57
	N=438	N=431	N=260	N=593

Vervolgens onderzochten we of de ouders tevreden zijn over de **wijze** waarop de taken door de bureaumedewerkers worden uitgevoerd. Omdat de ouders op het consultatiebureau niet altijd de arts of de wijkverpleegkundige tegelijk zien, in ieder geval niet op de bureaus nieuwe stijl, is het voor hen belangrijk dat door de **aparte bureaumedewerkers consistent** wordt gewerkt. Om dit te meten is aan de ouders een drietal vragen gesteld: 'geven arts en wijkverpleegkundige u wel eens verschillende adviezen', 'letten arts en wijkverpleegkundige op verschillende dingen met betrekking tot uw kind' en 'is het voor u duidelijk met welke zaken u bij de arts terecht kunt en met welke bij de wijkverpleegkundige?'

Op de vraag of de arts en de wijkverpleegkundige wel eens verschillende adviezen geven zegt ongeveer 65% van alle ouders dat dit nooit gebeurt, 30% dat dit soms zo is en 5% dat dit regelmatig het geval is. Bij de onderscheiden bureaus zien we hierover weinig verschil tussen de antwoorden van de ouders.

Op de vraag of arts en wijkverpleegkundige op verschillende dingen letten op het consultatiebureau geeft 84% van alle ouders het antwoord 'ja' en 16% 'nee'. Alleen bij de zuigelingenbureaus met een CB-arts zien we nogal een afwijkend beeld, omdat hier 28% van de ouders niet vindt dat arts en wijkverpleegkundige op verschillende dingen letten. Dit laatste lijkt in overeenstemming met wat we zagen over de feitelijke taakverdeling bij de bureaumedewerkers. Hier vonden we immers dat CB-artsen meer dan gemiddeld een aantal taken zeggen uit te voeren **samen** met de wijkverpleegkundige.

De antwoorden op de derde vraag staan vermeld in tabel 8.10, waaruit blijkt dat het voor een groot deel van de ouders duidelijk is met

welke zaken ze bij de arts terecht kunnen op het bureau en met welke bij de wijkverpleegkundige. Voor ongeveer 20% van hen is dit echter minder duidelijk en voor een kleine 10% onduidelijk.

Tabel 8.10.: in hoeverre is het de ouders duidelijk voor welke zaken ze bij de arts en voor welke bij de wijkverpleegkundige terecht kunnen (in procenten)

	zuigelingenbureau			kleuterbureau				
	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal
- het is duidelijk	77	61	52	67	80	94	72	75
- het is een beetje duidelijk	17	27	30	22	15	6	21	18
- het is niet duidelijk	6	12	18	11	5	-	7	7
	N=273	N=34	N=101	N=439	N=209	N=18	N=137	N=432

Verder lopen per variant de meningen van de ouders nogal uiteen. Bij de zuigelingenbureaus met de eigen huisarts is deze taakverdeling veel vaker dan gemiddeld duidelijk voor de ouders (77%), terwijl dit op de bureaus met een CB-arts juist veel minder dan gemiddeld het geval is (52%). Bij de kleuterbureaus vindt zelfs 94% van de ouders de taakverdeling duidelijk indien het bureau geleid wordt door een andere huisarts.

Samenvattend kunnen we stellen dat er niet echt vaak verschillende adviezen worden gegeven door arts en wijkverpleegkundige, maar dat het voor een belangrijk deel van de ouders niet of niet altijd duidelijk is, vooral bij bureaus die door CB-artsen worden geleid, bij welke persoon ze met een bepaald onderwerp terecht kunnen.

Twee specifieke vragen over het handelen van de arts werpen nog een extra licht op de kwaliteit van het bureau gezien door de ogen van de ouders. De eerste vraag hierover luidde: 'als de dokter uw kind onderzoekt, legt hij/zij uit wat hij/zij doet en waarom?'

Het resultaat van de antwoorden op deze vraag staat in tabel 8.11.

Tabel 8.11.: in hoeverre legt de dokter uit wat hij doet tijdens zijn/haar onderzoek (in procenten)

	zuigelingenbureau			kleuterbureau			
	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal	totaal	oude stijl	nieuwe stijl
ja	67	44	56	62	72	72	65
nee	33	56	44	38	28	28	35
	N=273	N=34	N=100	N=407	N=434	N=261	N=595

Hoewel gemiddeld 62-72% van de ouders tevreden is over de uitleg van de arts, zijn er nogal verschillen te zien binnen de onderscheiden zuigelingenbureaus en tussen oude en nieuwe stijl bureaus. Dit laatste verschil is significant en houdt in dat de ouders op bureaus oude stijl vaker zeggen uitleg te krijgen van de arts dan de ouders op de nieuwe stijl bureaus. Bij de kleuterbureaus was er geen verschil tussen de drie groepen artsen.

Vervolgens vroegen we de ouders die 'ja' gezegd hadden op de vraag uit tabel 8.11 of die uitleg naar hun idee ook voldoende is. Dat is zo vindt gemiddeld 85% van de ouders en op de oude stijl bureaus vindt zelfs 90% dit.

Samenvattend kan gezegd worden dat artsen niet altijd uitleggen wat ze doen wanneer ze een kind onderzoeken, maar indien ze het doen, zijn de meeste ouders wel tevreden over de hoeveelheid uitleg die ze krijgen.

Aan het einde van deze paragraaf behandelen we nog twee vragen welke zijdelings met de kwaliteit van het bureau te maken hebben. In de eerste plaats of de ouders, die thans het kleuterbureau bezoeken, dezelfde arts hebben als op het zuigelingenbureau (tabel 8.12). Hoewel het voor de kwaliteit van de zorg voor 0-4 jarigen belangrijk is dat er sprake is van continuïteit van zorg is hier in 59% van de gevallen voor wat de persoon van de arts betreft geen sprake.

Tot slot geeft 76% van deze ouders aan dat ze het kleuterbureau even belangrijk vinden als het zuigelingenbureau, 24% van hen vindt daarentegen het zuigelingenbureau belangrijker.



Tabel 8.12.: krijgen ouders op het kleuterbureau dezelfde arts als op het zuigelingenbureau (alleen voor ouders die momenteel een kleuterbureau bezoeken) (in procenten)

	kleuterbureaus			
	eigen h.a.	andere h.a.	CB- arts	totaal
- ja	36	53	49	41
- nee	64	47	51	59
	N=166	N=15	N=126	N=307

#### 8.3.4. Tevredenheid over de inhoud van het consultatiebureau

Op het consultatiebureau gebeuren allerlei zaken die niet alle even goed meetbaar zijn. Gedeeltelijk is er sprake van duidelijke handelingen en gedeeltelijk is er sprake van informatie of advies dat vaak mondeling wordt verstrekt. We hebben getracht het consultatiebureau inhoudelijk te belichten via het stellen van twee vragen aan de ouders. De eerste vraag bevatte een aantal **globale** onderwerpen waarvan we denken dat ze op het bureau aan de orde **dienen** te komen, de andere een aantal specifieke zaken waarvan wij denken dat veel ouders hierover informatie **wensen**. Welke onderwerpen aan de orde zijn gesteld en hoe er door de ouders op is geantwoord, is te vinden in bijlage VIII.

Bij de globale onderwerpen zien we dat de tevredenheid van de ouders over de meeste onderwerpen groot tot zeer groot is en dat er noch tussen zuigelingen- en kleuterbureaus noch tussen bureaus oude en nieuwe stijl grote verschillen bestaan.

Bij de voedingsadviezen antwoordt ongeveer 8% van de respondenten dat er teveel aandacht aan wordt besteed en bij de opvoedingsadviezen vindt 4% van de ouders dit. Waarschijnlijk vinden deze ouders dat zijzelf over deze onderwerpen ook een bepaalde deskundigheid bezitten en staan teveel of te nadrukkelijke adviezen hierover hen niet aan. Daarentegen vindt juist een ander, groter deel van de ouders dat ze met name te **weinig** opvoedkundige adviezen krijgen (23%). Alleen op de consultatiebureaus met een andere dan de eigen huisarts is over een aantal onderwerpen de tevredenheid van de ouders duidelijk geringer dan gemiddeld. Dit geldt op de zuigelin-

genbureaus voor 'aandacht voor de ontwikkeling van het kind' en 'opvoedingkundige adviezen' en op de kleuterbureaus voor 'medisch onderzoek' en 'persoonlijke aandacht voor de ouders'. Overigens valt in beide tabellen uit bijlage VIII op dat de cijfers voor de kleuterbureaus en bureaus oude stijl bij veel onderwerpen weinig van elkaar verschillen. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat in onze steekproef tweemaal zoveel ouders van kleuters als ouders van zuigelingen een oude stijl bureau bezoeken.

Nu de meer specifieke onderwerpen uit tabel 2 van bijlage VIII; krijgen de ouders hierover zoveel informatie als ze wensen? We zien hier grotere verschillen in tevredenheid tussen de onderscheiden onderwerpen en in enkele gevallen ook meer verschillen tussen aparte subgroepen. Over een aantal onderwerpen zijn zeer veel ouders tevreden, over de informatie over inenting is dit 90% of meer, over voeding en de gehoorstest 80 tot 90%. Vrij laag ligt de tevredenheid over het onderwerp veiligheid, waarvan 40% van de ouders zegt er te weinig informatie over te ontvangen en het gebruik van medicijnen, waarover ruim 50% van hen de informatie onvoldoende vindt.

Wat de onderscheiden teamsamenstellingen betreft zijn hier wederom de bureaus met een andere huisarts het meest afwijkend. Het meest opvallend is hier dat volgens ouders die deze bureaus bezoeken meer dan gemiddeld over een aantal onderwerpen 'te veel informatie' wordt verschaft: 11% zegt dit voor 'verzorging van het kind' en 6% voor 'opvoeding' en 'gebruik van medicijnen'.

Ook tussen de bureaus oude en nieuwe stijl zijn enkele substantiële verschillen, waarbij in alle gevallen de ouders van de oude stijl bureaus vaker tevreden zijn. Het gaat hier om de volgende onderwerpen: over babykwaaltjes is op het bureau oude stijl 72% van de ouders tevreden tegen 60% op het bureau nieuwe stijl, over de verzorging van het kind is dit 87 tegen 78%, over opvoeding 77 tegen 65% en over medicijngebruik 54 tegen 46%.

Behalve de nu besproken vragen naar tevredenheid over een aantal door ons **genoemde** onderwerpen, hebben we de ouders ook de gelegenheid gegeven zelf aan te geven welke onderwerpen ze op het bureau gemist hebben. Een lijst hiervan is te vinden in bijlage IX.

Tot slot hebben we onderzocht of over de onderwerpen die op het bureau aan de orde komen de arts en de wijkverpleegkundige wel eens informatie en adviezen geven welke eigenlijk al aan de ouders bekend is. De antwoorden hierop zijn te vergelijken met de categorieën 'te veel informatie' uit de tabellen in bijlage VIII. Het blijkt dat van

de ouders op zuigelingenbureaus en bureau nieuwe stijl ongeveer 25% vindt dat dit vaak gebeurt en 70% dat dit soms gebeurt; op de kleuterbureaus en bureaus oude stijl is dit 30 en 66%.

Hiermee hangt de vraag samen in hoeverre ouders zelf kunnen beoordelen of er iets mis is met hun kind. Hierop antwoordde 30-35% van de ouders dat ze dit inderdaad kunnen, terwijl ongeveer 60% van hen vindt dat dit maar gedeeltelijk zo is en 5-10% helemaal afgaat op het oordeel van de arts en/of de wijkverpleegkundige. Samengevat komt het er op neer dat een even groot deel van de ouders vindt dat ze wel eens overbodige informatie ontvangen als dat ze zelf kunnen beoordelen of er iets mis is met hun kind.

#### 8.4. Ervaringen van de ouders met het bureau nieuwe stijl

Allereerst hebben we de ouders die een bureau nieuwe stijl bezoeken gevraagd **wat ze er van vinden om af en toe alleen de arts of de wijkverpleegkundige te zien**. Tabel 8.13 geeft een totaalbeeld van de antwoorden die de ouders gaven, waarbij dient aangetekend dat er meerdere antwoorden gegeven konden worden.

Tabel 8.13.: de mening van de ouders over het wel eens **alleen** zien van arts of wijkverpleegkundige op het consultatiebureau (in procenten)

	zuigelingenbureau				kleuterbureau			
	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal	eigen h.a.	andere h.a.	CB-arts	totaal
- prettig, arts en wijkverpleegkundige letten op verschillende dingen	39	30	31	36	32	15	26	29
- prettig, omdat ze meer tijd en aandacht voor je hebben	15	7	13	14	10	15	8	9
- prettig, omdat ik maar met één persoon tegelijk behoef te praten	13	11	11	13	9	15	14	11
- het is rustiger voor mij en voor mijn kind	11	11	12	11	9	15	8	9
- het maakt mij niet uit	32	30	38	33	36	46	26	34
- niet prettig, ik wil graag iedere keer een arts zien	26	15	20	24	26	15	36	28
- niet prettig omdat ze soms verschillende adviezen geven	4	11	9	5	4	-	6	5
- onnodig, een aantal zaken wordt nu twee keer besproken	2	4	4	3	3	8	1	3
	N=220	N=27	N=82	N=329	N=146	N=13	N=78	N=237

Ouders van zuigelingen en kleuters geven ongeveer even vaak dezelfde redenen op waarom ze het wel of niet prettig vinden; tussen de onderscheiden teamsamenstellingen zien we echter verschillen. Consumenten die een andere huisarts zien op het bureau geven minder vaak dan gemiddeld aan dat ze iedere keer een arts willen zien. Ook geven deze ouders vaker aan dat het hen niet uitmaakt, tenminste voor het kleuterbureau. Bij de CB-artsen daarentegen zeggen veel meer ouders van zuigelingen dat het ze niet uitmaakt of ze de arts of wijkverpleegkundige wel eens alleen zien dan dat ouders van kleuters dit doen: respectievelijk 38 en 26%. Dat is in overeenstemming met de antwoorden van deze groep op de uitspraak 'niet prettig, ik wil graag iedere keer een arts' waar de verdeling ongeveer andersom is: op het kleuterbureau heeft 36% van deze ouders liever iedere keer een arts en op het zuigelingenbureau maar 20%. Dat de arts en de wijkverpleegkundige op verschillende dingen letten vinden ouders die hun eigen huisarts op het bureau zien vaker prettig dan de ouders binnen de andere varianten. Hoewel tenslotte de groep ouders die een andere huisarts ziet op het kleuterbureau in zijn geheel vrij sterk afwijkt van de andere bureauvormen is het aantal respondenten hier dermate klein dat er niet al te veel conclusies uit kunnen worden getrokken.

Vijftien procent van de ouders die nu een bureau nieuwe stijl bezoeken heeft vroeger een bureau oude stijl bezocht. Alleen bij de kleuterbureaus waar een CB-arts werkt is dit 30%. We vroegen deze ouders **welke vorm van bureau houden ze prettiger** vinden. Meer ouders geven de voorkeur aan een bureau oude stijl dan aan een bureau nieuwe stijl, voor zuigelingenbureaus is dit 55%, voor kleuterbureaus 60. Alleen op het zuigelingenbureau geven ouders die er een CB-arts zien vaker aan het nieuwe stijl bureau prettiger te vinden (58%) dan het oude stijl bureau te prefereren (42%).

Het merendeel van de ouders dat heeft aangegeven welke stijl van bureau houden hun voorkeur heeft geeft desgevraagd ook aan waarom ze dat vinden. De mensen met voorkeur voor oude stijl geven als meest voorkomende antwoorden: 'meer vertrouwen in de arts dan in de wijkverpleegkundige' en 'ze doen allebei andere dingen' of 'je kunt beiden wat vragen'. Voorstanders van nieuwe stijl zeggen onder andere: 'de wijkverpleegkundige trekt meer tijd uit, waardoor je je verhaal beter kwijt kunt', 'om en om is goed, bij problemen ga je toch naar de huisarts'.

Omdat de ouders soms de arts en soms de wijkverpleegkundige zien op

het bureau nieuwe stijl hebben we hen gevraagd of ze **van te voren weten wie ze op de bureauzitting zullen zien**. Op de zuigelingen-bureaus zegt 81% van de ouders dit altijd of meestal wel te weten, op de kleuterbureaus zegt 77% dit. Zes procent van de ouders van kleuters zegt dit nooit te weten, ongeacht de teamsamenstelling. Van de ouders van zuigelingen die een huisarts zien op het bureau zegt dit 8% en van hen die een CB-arts zien 15%. Voor alle respondenten tezamen komt dit er op neer dat rond de 20% van hen meestal niet of nooit tevoren weet of ze de arts of de wijkverpleegkundige zullen zien.

Tot slot vroegen we alle respondenten of ze **liever met de arts of met de wijkverpleegkundige te maken hebben**. Van de ouders die het bureau nieuwe stijl bezoeken zegt 57% geen voorkeur te hebben, 11% heeft liever met de wijkverpleegkundige te maken en 32% met de arts. Ter vergelijking de cijfers van ouders die een bureau oude stijl bezoeken, welke hiervan significant verschillen: Van hen zegt 61% geen voorkeur te hebben, slechts 4% heeft liever de wijkverpleegkundige en 35% wil liever de arts.

#### **8.5. Ervaringen van de ouders met de verschillende bureau-artsen**

Bij de teamsamenstellingen hebben we onderscheid gemaakt tussen het soort arts dat de ouders op het bureau zien. Ouders hebben zelf vaak weinig of geen mogelijkheden om te kiezen welk bureau ze zullen bezoeken. Toch willen we graag weten of ze **voorkeur hebben voor een bepaalde arts** op het bureau. We hebben hen daarom gevraagd voor wie ze **zouden** kiezen indien dat mogelijk was: voor hun eigen huisarts of voor een speciale CB-arts.

Tabel 8.14 laat zien hoe de respondenten op deze vraag hebben geantwoord. Over de hele steekproef is er tussen zuigelingen- en kleuterbureaus weinig verschil: 76% respectievelijk 71% kiest voor de eigen huisarts. Tussen de onderscheiden varianten is echter sprake van significante verschillen. Wat opvalt in de tabel is dat van de ouders die nu bij een CB-arts komen dit maar in 52 en 43% van de gevallen zo wil houden; met andere woorden: 48% van de ouders die nu een CB-arts bezoeken op het zuigelingenbureau en zelfs 58% van hen die dit op het kleuterbureau doen, zouden liever hun eigen huisarts zien. Daarnaast willen de ouders die een consultatiebureau bezoeken bij hun eigen huisarts voor 12% op het zuigelingenbureau en voor 15%

Tabel 8.14.: voor welke arts zouden ouders kiezen **indien** dat mogelijk was (in procenten)

	zuigelingenbureau				kleuterbureau			
	eigen h.a.		andere h.a.		CB-arts		totaal	
eigen huisarts	88	71	48	76	85	78	58	71
speciale CB-arts	12	29	52	24	15	17	43	28
	N=272 N=35		N=99 N=406		N=210 N=18		N=134 N=362	

op het kleuterbureau liever een CB-arts hebben; indien ouders een andere huisarts zien willen ze voor respectievelijk 29 en 17% liever een CB-arts.

**Waarom de keuze** van de ouders zo uitvalt is weergegeven in tabel 8.15.

Tabel 8.15.: redenen waarom ouders voor een bepaalde arts zouden kiezen (in procenten) (meerdere antwoorden mogelijk)

	zuigelingenbureau				kleuterbureau *			
	eigen h.a.		andere h.a.		CB-arts		totaal	
- mijn huisarts, want die ken ik al	64	43	25	51	57	42	33	44
- ik wil liever een andere arts dan mijn huisarts	2	6	7	3	3	5	7	5
- een speciale CB-arts weet meer van kinderen	10	20	41	20	11	16	34	21
- mijn huisarts kent mijn gezin	75	49	43	64	78	63	45	62
	N=275 N=35		N=100 N=410		N=207 N=19		N=137 N=363	

Hier zien we dat de meeste respondenten die kiezen voor hun huisarts dit doen omdat deze het gezin kent of omdat zijzelf de arts reeds kennen. De meeste ouders die kiezen voor een CB-arts doen dit omdat een CB-arts meer van kinderen weet. De verschillen in deze tabel zijn alle significant, maar de categorieën sluiten elkaar niet uit

omdat veel respondenten meerdere antwoorden hebben gegeven. In de antwoordcategorie 'andere reden' werd tenslotte nog door 22 ouders gezegd dat ze de voorkeur geven aan een CB-arts 'omdat dit extra controle geeft, want de huisarts kun je altijd nog raadplegen'.

## **8.6. Samenvatting**

In dit hoofdstuk zijn eerst de non-participanten besproken. De zuigelingen die niet op het bureau komen, zijn vaker enigst kind in vergelijking met de zuigelingen die wel komen. De ouders van kleuters die niet komen hebben gemiddeld een hogere opleiding. De meest genoemde reden door ouders om het consultatiebureau niet te bezoeken is dat het kind elders onder controle is.

De ouders die het consultatiebureau wel bezoeken geven bijna allen als reden op dat ze willen weten of hun kind gezond is, goed groeit, zich goed ontwikkelt en wordt ingeënt. Verder geeft een substantieel deel van de ouders aan dat ze behoefte hebben aan steun bij het groot brengen van hun kind, gedeeltelijk omdat ze er onzeker over zijn of ze het wel goed doen.

Het merendeel van de ouders dat het zuigelingenbureau bezoekt doet dit tussen de 7 en 12 maal, 20% van hen echter maar 4-6 maal. Ongeveer tweederde van de ouders die het kleuterbureau bezoeken doet dit eenmaal per jaar en éénderde twee maal.

Bijna alle ouders van zuigelingen hebben in het afgelopen jaar minstens éénmaal huisbezoek gehad van de wijkverpleegkundige, terwijl dit slechts voor 33% van de ouders van kleuters geldt. De meeste respondenten vinden dit huisbezoek prettig of zinvol, een minderheid vindt het echter overbodig of zinloos. De helft van de ouders belt tussendoor wel eens op naar het bureau en is over deze contacten meestal tevreden.

De meeste ouders zijn tevreden tot tamelijk tevreden over het consultatiebureau als geheel, slechts een kleine minderheid zegt minder tevreden of echt ontevreden te zijn. Alleen op de bureaus met een CB-arts zijn minder ouders uitgesproken tevreden, zij antwoorden vaker dan gemiddeld tamelijk of matig tevreden te zijn.

Driekwart van de ouders vindt het afsprakensysteem op het bureau goed en maar weinigen vinden het slecht. Ouders die bij hun eigen huisarts op het consultatiebureau komen en zij die een bureau oude

stijl bezoeken zijn er meer tevreden over dan zij die andersoortige bureaus bezoeken.

Meer dan de helft van de ouders heeft korter dan 15 minuten te wachten en ongeveer één derde 15-30 minuten. Voor de ouders die een bureau met een CB-arts bezoeken ligt dit anders, zij zeggen veel vaker dan gemiddeld langer dan 15 minuten te moeten wachten. Dit geldt vooral voor de zuigelingenbureaus. Ongeveer de helft van de ouders accepteert het langer wachten als normaal, een even groot deel vindt het niet vervelend, gedeeltelijk zelfs leuk vanwege contacten met andere ouders. Ouders die een bureau met een CB-arts bezoeken zijn het minst te spreken over de lange wachttijden, maar we zagen dat deze ouders gemiddeld ook langer moeten wachten. Ouders die een bureau nieuwe stijl bezoeken lijken minder geneigd langere wachttijden te accepteren.

Een groot deel van de ouders weet niet of niet precies van tevoren wat hen te wachten staat als ze voor het eerst naar het bureau komen. Het blijkt dat maar ongeveer 30% van de wijkverpleegkundigen hierover tevoren inlichtingen verschaft en dat huisartsen dit bijna nooit doen. Ouders zijn daardoor voor inlichtingen over het consultatiebureau meestal afhankelijk van andere bronnen buiten de gezondheidszorg.

De contacten met zowel arts als wijkverpleegkundige worden door het merendeel van de respondenten positief beoordeeld. Een groep van redelijke omvang, ongeveer 20%, vindt de contacten echter oppervlakkig. Voor de artsen geldt verder nog dat indien de ouders op het bureau de eigen huisarts zien de contacten duidelijk vaker ondersteunend, vertrouwelijk en prettig worden genoemd. Op de bureaus met een CB-arts wordt het contact duidelijk vaker oppervlakkig genoemd dan gemiddeld. Wijkverpleegkundigen worden vaker vertrouwelijk gevonden door ouders op de bureaus nieuwe stijl en de bureaus waar ze hun eigen huisarts zien. Over het algemeen worden de wijkverpleegkundigen echter minder vaak dan de artsen als vertrouwelijk gekenmerkt.

Ook in hun oordeel over de houding van de artsen en wijkverpleegkundigen zijn de meeste ouders positief. Alleen op bureaus nieuwe stijl en bureaus waar ouders een andere dan hun eigen huisarts zien zegt een aanzienlijk kleiner deel dan gemiddeld dat de arts en/of de wijkverpleegkundige voldoende tijd voor hen heeft.

Meer dan de helft van de respondenten heeft geen voorkeur voor arts of wijkverpleegkundige indien ze tussen hen zouden dienen te kiezen. Hebben ze wel voorkeur, dan kiezen de meesten voor een arts.



Een minderheid van de ouders zegt dat er door arts en wijkverpleegkundige wel eens verschillende adviezen worden gegeven en dat ze beiden op verschillende dingen letten op het bureau. Voor een belangrijk deel van de ouders is het niet altijd duidelijk bij wie ze met hun problemen terecht kunnen, bij de arts of bij de wijkverpleegkundige. Verder blijkt dat artsen niet altijd uitleggen wat ze doen wanneer ze een kind onderzoeken; indien ze dit wel doen zijn de ouders hierover meestal tevreden.

Slechts in een minderheid van de gevallen geven ouders van kleuters aan dat ze op het zuigelingen en kleuterbureau dezelfde arts hebben gehad.

Over de onderwerpen welke we ter beoordeling aan de ouders hebben voorgelegd antwoorden de meesten van hen dat ze er voldoende informatie over ontvangen op het bureau. Een iets meer gedetailleerde lijst brengt aan het licht dat de ouders over de onderwerpen 'veiligheid' en 'medicijngebruik' echter vaak zeggen te weinig informatie te ontvangen.

Verder blijkt bij enkele onderwerpen dat ouders nog wel eens vinden dat ze er te veel informatie over krijgen. Dit komt het meeste voor bij ouders die een bureau bezoeken met een andere dan hun eigen huisarts. Tevens geeft een substantiëel deel van de ouders aan dat ze zelf wel kunnen beoordelen of er iets mis is met hun kind; slechts een gering aantal vindt dat **alleen** de arts en/of wijkverpleegkundige dit kunnen.

Eënderde van de ouders die een bureau nieuwe stijl bezoeken maakt het niet uit dat ze op het bureau af en toe alleen de arts of wijkverpleegkundige zien. Eënderde vindt dit niet prettig, waarvan de meesten zeggen dat ze liever iedere keer een arts zien. Door degenen die het wel prettig vinden wordt hiervoor het vaakst het argument gebruikt dat arts en wijkverpleegkundige op verschillende dingen letten. De ouders die een bureau met een CB-arts bezoeken, tonen een nogal afwijkend beeld: De ouders van zuigelingen geven hier veel vaker dan gemiddeld aan dat het ze niet uitmaakt wie ze zien en veel minder vaak dat ze liever een arts willen; op de kleuterbureaus ligt dit precies andersom.

Meer dan de helft van de ouders die zowel ervaring heeft met een oude als nieuwe stijl bureau geeft de voorkeur aan de oude stijl. Alleen op zuigelingenbureaus met een CB-arts is een meerderheid vóór een nieuwe stijl bureau. Het belangrijkste argument voor het bureau volgens oude stijl is dat de respondenten zeggen meer vertrouwen te

hebben in de arts dan in de wijkverpleegkundige.

Tot slot blijkt dat ongeveer 20% van de ouders die een nieuwe stijl bureau bezoeken meestal niet of nooit tevoren weet of ze op de bureauzitting de arts of de wijkverpleegkundige zullen zien.

Indien kiezen mogelijk was op het consultatiebureau, zou ruim 70% van de ouders uit onze steekproef kiezen voor de eigen huisarts. Van de ouders die nu hun eigen huisarts zien op het consultatiebureau wil een klein deel liever een CB-arts. Van hen die nu een CB-arts hebben wil bijna de helft deze houden en kiest de andere helft voor de eigen huisarts. Doorslaggevend voor de laatste groep is de bekendheid van de huisarts met gezin en kind, voor de eerste groep de speciale kennis van de CB-arts wat kinderen betreft.

## 9. SLOTBESCHOUWING

In dit onderzoek hebben we getracht inzicht te krijgen in het functioneren van de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen voor de verschillende varianten en organisatievormen waarin deze voorkomen in Nederland. Het functioneren van deze bureaus is zowel onderzocht vanuit het gezichtspunt van de medewerkers van de bureaus als vanuit dat van de gebruikers ervan. Nagegaan is wat het aandeel van de huisartsen, CB-artsen en wijkverpleegkundigen is in de zorg voor 0-4 jarigen, welke knelpunten zij ervaren op het organisatorische vlak en ten aanzien van de taakverdeling tussen de teamleden onderling. Tevens is onderzocht de wijze waarop de communicatie en de samenwerking verloopt zowel binnen het consultatiebureau als met de eerste- en de tweedelijnsgezondheidszorg. De gebruikers van het consultatiebureau, de ouders van 0-4 jarigen, hebben hun mening gegeven over het functioneren van het bureau dat zij bezoeken.

Aangezien aan het slot van ieder hoofdstuk de resultaten zijn samengevat, wordt in dit afsluitende hoofdstuk geen overzicht gegeven van de bevindingen, maar beperken we ons tot het bespreken van de belangrijkste onafhankelijke variabelen uit het onderzoek. Allereerst komt de discussie aan de orde welke is ontstaan naar aanleiding van het Interim advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) over verschillen in functioneren op het consultatiebureau van huisartsen en CB-artsen. We bezien daarbij in hoeverre de bevindingen uit ons onderzoek hierop aansluiten. Vervolgens worden de verschillen tussen bureaus oude en nieuwe stijl besproken, de twee belangrijkste organisatievormen van het consultatiebureau. Temeer omdat het er naar uitziet dat steeds meer bureaus vlogens nieuwe stijl zullen gaan werken. We sluiten het hoofdstuk af met enkele beleidsaanbevelingen en suggesties voor nader onderzoek. Alvorens echter tot deze bespreking over te gaan plaatsen we enkele kanttekeningen bij ons onderzoek.

### 9.1. Kanttekeningen bij het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in een aantal regio's in Nederland waar zo veel mogelijk verschillende organisatievormen en teamsamenstellingen van het consultatiebureau voorkomen.

Op grond van deze selectie is de samenstelling van de **totale** steekproef van bureaumedewerkers niet representatief te noemen voor alle consultatiebureaus in Nederland. Dit geldt bijvoorbeeld voor de **verdeling** van de bureaus oude en nieuwe stijl en van het **aantal** huisartsen en CB-artsen die de consultatiebureaus leiden. Dit houdt in dat de gegevens en cijfers uit ons onderzoek geen totaalbeeld geven van het functioneren van alle consultatiebureaus in Nederland. Dit was ook niet de bedoeling van dit onderzoek.

Wél kunnen de onderzoeksgegevens van de aparte subgroepen, die worden gevormd door de onderscheiden organisatievormen en teamsamenstellingen, als referentie dienen voor dezelfde varianten elders in Nederland. Deze subgroepen zijn immers stuk voor stuk samengesteld uit personen van alle zes de regio's, waardoor typische plaatselijke kenmerken niet kunnen overheersen.

Bij de samenstelling van de consumenten-steekproef heeft eenzelfde soort selectie plaatsgevonden. Om te bereiken dat alle consultatiebureau-vormen vertegenwoordigd zouden zijn hebben we drie steden geselecteerd. Binnen deze steden is de trekking echter a-select gehouden, wat te zien is aan de gelijke verdeling over de verschillende maand- en jaarcohorten van de kinderen, wier ouders we hebben ondervraagd. Vergeleken met de steekproef van de bureaumedewerkers zijn de consumenten die een bureau nieuwe stijl bezoeken oververtegenwoordigd. Ook hier geldt dat de onderzoeksgegevens per onderscheiden subgroep, bijvoorbeeld de mening van de consumenten die een bureau oude stijl bezoeken, of die van de consumenten die een bureau met een CB-arts bezoeken, wél als representatief kunnen worden gezien. Dit omdat de subgroepen voldoende groot zijn.

## **9.2. Het functioneren van huisartsen en CB-artsen**

Het inventariserende karakter van het onderzoek leent zich ertoe om na te gaan of bureaus onder leiding van een CB-arts anders functioneren dan die onder leiding van een huisarts. Een discussie hierover is al jaren gaande zoals we reeds naar voren brachten in het literatuuroverzicht (2.1.3).

In aansluiting op deze discussie bezien we of er kenmerken zijn waarop huisartsen en CB-artsen dusdanig verschillen dat dit kan leiden tot een verschillend functioneren van het consultatiebureau. Twee kenmerken die in dit verband veelvuldig opduiken in de discussie zijn het hebben of verkrijgen van voldoende ervaring om consultatiebureau te doen en het hebben gevolgd van voldoende opleiding

en/of bijscholing (van Aalderen en Knottnerus, 1978; GHI, 1980).

**Ervaring** hebben we gemeten aan twee zaken: het aantal uren dat men per jaar consultatiebureau houdt en het aantal verschillende kinderen dat per jaar op het consultatiebureau wordt gezien. Evenals hierover herhaaldelijk naar voren wordt gebracht zien we in ons onderzoek dat CB-artsen meestal aanzienlijk meer uren per jaar consultatiebureau houden dan huisartsen en dat de eerste groep ook veel meer verschillende kinderen per jaar ziet.

Daarnaast blijkt in ons onderzoek dat beide beroepsgroepen het er bijna unaniem over eens zijn dat er een bepaald aantal kinderen per jaar door de huisarts op het consultatiebureau gezien dient te worden om goed consultatiebureau te kunnen doen. Maar welke aantallen zijn voldoende en wanneer is de ervaring voldoende?

Ditzelfde geldt voor **opleiding** en na- of bijscholing, wanneer is er sprake van voldoende specifieke opleiding voor consultatiebureauwerk? In ieder geval bij diegenen die een opleiding tot jeugdarts gevolgd hebben. In onze steekproef blijkt slechts 16% van de CB-artsen dit gedaan te hebben. Bijna de helft van hen volgde een applicatiecursus JGZ, welke speciaal is opgezet om artsen te scholen voor consultatiebureauwerk. Van de huisartsen heeft slechts 10% deze cursus gevolgd. Voor hen geldt echter dat ze ook ervaring opdoen via de contacten met 0-4 jarigen in hun praktijk, zoals ook vaak wordt aangevoerd.

Specifieke **na- en bijscholing** met betrekking tot het consultatiebureau wordt door de huisartsen in ons onderzoek ook minder vaak gevolgd (45%) dan door de CB-artsen (96%).

In de discussie komt regelmatig een aantal **taken** terug welke door de ene groep artsen beter zou kunnen worden uitgevoerd dan door de andere. De huisarts zou als gezinsarts onnodige medicalisering kunnen voorkomen en sneller kunnen in schatten wanneer er sprake is van ontwikkelingsstoornissen (Crebolder, 1979; van den Lisdonk, e.a., 1981; van Dongen, 1985). Dit laatste betekent dat huisartsen niet minder goed in staat zijn systematisch VTO-onderzoek te doen dan speciale CB-artsen, welke mening het merendeel van de huisartsen in ons onderzoek is toegedaan. Het merendeel van de CB-artsen is het daar echter niet mee eens en vindt dat zij de personen bij uitstek zijn om systematisch VTO-onderzoek te doen. Daarnaast zouden zij ook speciaal getraind zijn op preventief denken en handelen (Voorhoeve, 1977). Dit klopt met onze bevindingen waarin de CB-artsen dit ook vinden terwijl het merendeel van de huisartsen denken dat zijzelf goed in staat zijn om preventief op te treden. Het lijkt erop dat

beide groepen artsen "preken voor eigen parochie", wat een oplossing niet naderbij brengt.

Wijzelf onderzochten verder of er verschillen bestaan in opvatting over de **taakverdeling tussen artsen en wijkverpleegkundigen** op het bureau tussen CB-artsen en huisartsen. Het blijkt dat huisartsen minder taken helemaal zelf uitvoeren en meer taken samen met de wijkverpleegkundige of alleen door de wijkverpleegkundige laten uitvoeren. CB-artsen doen meer taken helemaal zelf en laten er minder door de wijkverpleegkundige zelfstandig uitvoeren. Dit laatste willen ze, in tegenstelling tot de huisartsen, ook verder niet uitbreiden. Daarnaast is een aantal CB-artsen van mening dat de taakverdeling binnen het consultatiebureau meer moet worden afgesteld op opleiding en ervaring van de wijkverpleegkundige. Als argument voeren ze hier aan dat wijkverpleegkundigen vaak nog jong zijn, waardoor ze weinig ervaring met kinderen hebben. HBO-V opgeleiden hebben als na-deel dat ze beginnen met weinig ervaring 'in het veld'.

Over **communicatie en samenwerking** wordt door CB-artsen op een andere wijze geoordeeld dan door huisartsen. Zij zijn in ons onderzoek duidelijk minder tevreden over de kwaliteit van de communicatie cq samenwerking. Dit geldt zowel voor de communicatie en samenwerking binnen het CB-team als voor de contacten daarbuiten met de huisarts van het kind en met andere instanties uit de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. De huisartsen zijn over de kwaliteit van al deze contacten veel positiever. Over het **aantal contacten** met de huisarts van het kind geldt voor CB-artsen dat, hoewel ze in principe met meer huisartsen te maken hebben, ze vaker een toelichting geven bij verwijzing en vaker terugrapportage ontvangen dan dat dit bij huisartsen het geval is. Deze laatsten daarentegen ontvangen vanuit de rest van de 1<sup>e</sup> lijn juist vaker terugrapportage.

Ter completering van deze paragraaf de mening van de **consumenten** uit ons onderzoek over beide soorten artsen. Zij zijn duidelijk meer tevreden over het CB indien ze een bureau met hun eigen huisarts bezoeken. Dit komt onder andere naar voren in het feit dat ze bij een CB-arts vaak langer moeten wachten en ze de contacten met de arts oppervlakkiger vinden. Ouders die een bureau met een huisarts bezoeken zeggen daarentegen vaker het contact met de arts ondersteunend, vertrouwelijk of prettig te vinden.

Daarnaast blijkt dat indien gekozen kan worden voor CB-arts of eigen huisarts de meeste ouders voor hun eigen huisarts kiezen (70%).

Ook van diegenen die nu een bureau met een CB-arts bezoeken wil de helft liever de eigen huisarts.

**Concluderend** stellen we vast dat die punten uit de discussie welke ook in ons onderzoek bestudeerd zijn overeenstemmen met wat we in de literatuur zagen: dat CB-artsen meer ervaring hebben, vaker meer specifiek gerichte opleidingen en of bijscholingen hebben gevolgd en vinden dat ze VTO-taken en preventieve taken beter kunnen uitvoeren. Evenals het feit dat huisartsen over dit laatste juist tegenovergesteld oordelen. Het beëindigen van deze discussie lijkt ons alleen mogelijk indien er objectieve maatstaven worden opgesteld over wat vereist is om goed consultatiebureau te kunnen doen. De discussie behoeft zich dan niet meer te richten op verschillen tussen beroepsgroepen maar dient te gaan over de beste manier om kwalitatief goede zorg te verlenen aan de groep 0-4 jarigen en hun ouders. Bij het vaststellen van dergelijke maatstaven zou men rekening kunnen houden met de door ons gevonden verschillen tussen het functioneren van CB-artsen en huisartsen ten gevolge van de ideeën van beide beroepsgroepen over de taakverdeling binnen het bureau, de kwaliteit van de communicatie en samenwerking en van de terugrapportage. Daarnaast zou er rekening moeten worden gehouden met de redenen waarom ouders vaak liever hun eigen huisarts zien op het consultatiebureau.

### **9.3. Een vergelijking tussen bureaus oude en nieuwe stijl**

Hoewel het bureau nieuwe stijl een aantal varianten kent vanwege verschillen in de alternering waarmee wijkverpleegkundige of arts samen of apart consulten leiden, vergelijken we deze vorm van bureau houden in haar geheel met de bureau's oude stijl.

In de literatuur (2.1.2) worden een aantal redenen genoemd waarom men volgens nieuwe stijl is gaan werken alsmede een aantal eisen waaraan een nieuwe stijl bureau dient te voldoen wil het goed functioneren. Als redenen om tot nieuwe stijl over te gaan worden onder andere genoemd: het hebben van onvoldoende tijd voor de zich uitbreidende consultatiebureau-taken (Mennen, 1983), geen goede taakverdeling tussen arts en wijkverpleegkundige (Smit, 1970), het onvoldoende gebruik maken van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige (kruisvereniging Eindhoven, 1984) en het hebben van onvoldoende tijd voor persoonlijke aandacht voor de ouders en de individuele problemen met hun kind (Enquête zuigelingenzorg Doesburg Angerlo,

1982; Roorda, 1983; Doomen, 1983).

Bureau's nieuwe stijl zouden hier verbetering in kunnen brengen mits er duidelijkheid is over de taakverdeling, de wijkverpleegkundige voldoende opleiding en ervaring heeft om zelfstandig consulten te houden, er goed wordt geregistreerd (Smit, 1970) en er voldoende tijd is voor nabespreking (Castelijns, 1983).

Over het hebben van meer tijd voor ouders en kind verschaft ons onderzoek geen duidelijkheid. Een aantal wijkverpleegkundigen die op een bureau nieuwe stijl werken meldt dat dit inderdaad het geval is, maar een ander deel van hen zegt dat ze onvoldoende tijd heeft om goed volgens bureau nieuwe stijl te kunnen werken.

Wat de taakverdeling betreft blijkt de wijkverpleegkundige op het bureau nieuwe stijl bij de helft van de taken meer inbreng te heben, ofwel zelfstandig ofwel in samenwerking met de arts, dan op de bureau's oude stijl. Daarnaast melden een aantal wijkverpleegkundigen van de bureau's nieuwe stijl dat de taakverdeling voor hen zinvoller en duidelijker is geworden en hun deskundigheid beter wordt gebruikt. Dat de wijkverpleegkundige voldoende kinderen per jaar dient te zien om voldoende ervaring te krijgen en te behouden is iets waarover alle bureaumedewerkers het eens zijn. Of de opleiding van de wijkverpleegkundige voldoende is om zelfstandig consulten te houden, menen we in het algemeen te moeten betwijfelen, vooral omdat ruim de helft van hen zelf aangeeft dat er tijdens hun opleiding (MGZ of HBO-V) onvoldoende aandacht aan consultatiebureau-werk is besteed. Over de vermelde eis van goede registratie tenslotte, welke ons zowel noodzakelijk lijkt voor bureau's oude als nieuwe stijl, vinden we geen verschillen tussen beide bureau's. Meer dan de helft van alle bureau's werkt reeds geheel of gedeeltelijk met het Dossier JGZ dat bij goed gebruik een goede registratie dient te waarborgen. In ons onderzoek kregen nog enkele andere kenmerken de aandacht, namelijk de kwaliteit van de samenwerking en het al of niet hebben van organisatorische problemen. Het blijkt dat de kwaliteit van de samenwerking op bureau's oude stijl gemiddeld beter is dan op bureau's nieuwe stijl. Daarentegen zegt ruim de helft van de personen die op een nieuwe stijl bureau werken dat de samenwerking er verbeterd is. Medewerkers van bureau's oude stijl melden verder duidelijk minder organisatorische problemen dan diegenen die op een bureau nieuwe stijl werken.

Bij de consumenten tenslotte hebben meer ouders voorkeur voor een bureau oude stijl. Alleen zij die een zuigelingenbureau bezoeken met een CB-arts kiezen vaker voor een bureau nieuwe stijl. Ook zijn ou-



ders die een nieuwe stijl bureau bezoeken minder vaak tevreden over het afsprakensysteem en vinden zij minder dan gemiddeld dat arts of wijkverpleegkundige voldoende tijd voor hun heeft.

**Samenvattend** merken we op dat er op een aantal nieuwe stijl bureaus sprake is van veranderingen ten goede wat betreft taakverdeling, meer tijd voor ouders en kind en verbeterde werkomstandigheden voor de wijkverpleegkundige. Op andere plaatsen is dit zeker nog niet het geval.

#### 9.4. Beleidsaanbevelingen

Het belangrijkste punt dat we hier aan de orde willen stellen is de **taakomschrijving en taakverdeling**. Door het hele onderzoek heen vinden we dat het voor geen enkele beroepsgroep helemaal duidelijk is welke taken dienen te worden uitgevoerd op het consultatiebureau en door wie. Speciaal over het zelfstandig kunnen of mogen uitvoeren van een aantal taken door de wijkverpleegkundige is veel niet duidelijk. Bovendien blijkt dat veel problemen en knelpunten op het consultatiebureau sterk samenhangen met het ontbreken van een duidelijke taakomschrijving. Vooral voor wijkverpleegkundigen is dit probleem groot, en wel om twee redenen. In de eerste plaats dienen wijkverpleegkundigen zowel met huisartsen als met CB-artsen samen te werken, wier taakopvattingen op een aantal punten duidelijk verschillen, vooral ten aanzien van de taakverdeling. In de tweede plaats is er een algemene tendens zichtbaar om wijkverpleegkundigen steeds meer taken op het bureau te laten uitvoeren of haar/zijn inbreng hierin te vergroten, terwijl het werk in de wijk voor hen ook steeds intensiever wordt. Wil de overheid goed functionerende consultatiebureau's voor 0-4 jarigen dan lijkt hiervoor een eerste vereiste dat er een landelijk geldende taakomschrijving komt zowel voor artsen als wijkverpleegkundigen waarin ook mogelijke en geoorloofde taakverdelingen duidelijk worden aangegeven.

Een ander punt dat extra beleidsmatige aandacht verdient is de **invoering** van het **bureau nieuwe stijl**. Op veel plaatsen wordt overwogen om volgens nieuwe stijl te gaan werken. Dit niet in de laatste plaats op verzoek van de wijkverpleegkundigen die vaak onvrede hebben met hun functie op het bureau oude stijl. Het lijkt ons echter, gezien de bevindingen uit ons onderzoek, geenszins overbodig richtlijnen op te stellen waarin wordt aangegeven hoe een nieuwe stijl bureau het beste kan worden opgezet en wat voor problemen hierbij

verwacht kunnen worden. Nu wordt dit op allerlei plaatsen in het land op uiteenlopende manieren geprobeerd en tracht men steeds opnieuw het wiel uit te vinden. Bedoelde richtlijnen kunnen er volgens ons toe bijdragen dat de invoering van bureaus nieuwe stijl waar gewenst vlotter verloopt en de veranderingen ook tot de beoogde verbeteringen leiden.

Regelmatig komt in ons onderzoek naar voren dat de **consultduur** te kort is en/of de norm die hiervoor wordt aangehouden te krap is. De landelijke normen die hiervoor zijn opgesteld in het Besluit Erkenningnormen Kruisorganisaties (1985) geven voor zuigelingenconsulten 8 minuten aan en voor kleuterconsulten 11 minuten. De tijden die wij vinden voor kleuterconsulten wijken hier weinig van af, maar voor de zuigelingenconsulten geven alle bureaumedewerkers op dat ze er meer tijd aan besteden. Vooral CB-artsen en wijkverpleegkundigen klagen over te weinig tijd per consult. De laatsten doen dit waarschijnlijk omdat ze zich nog het beste aan de norm houden (gemiddeld 9 minuten), de eerste overschrijden waarschijnlijk bewust en nogal eensgezind de norm (gemiddeld 10.5 min.) omdat ze deze te krap vinden. Wij geven daarom in overweging deze normtijd te herzien zodat met name de wijkverpleegkundigen meer ruimte krijgen per consult.

Een ander punt waar vanuit het beleid iets aan gedaan dient te worden is naar ons idee het geven van **voorlichting over het consultatiebureau**. In ons onderzoek vinden we dat slechts 30% van de ouders bij hun eerste consultatiebureaubezoek door de wijkverpleegkundige is ingelicht over het doel en de gang van zaken op het bureau. De meeste ouders zeggen de informatie over het consultatiebureau verkregen te hebben via familie of kennissen; een deel van hen noemt literatuur of andere informele bronnen. Dit heeft tot gevolg dat bijna de helft van de ouders uit ons onderzoek (45%) niet precies of helemaal niet wist wat hen te wachten stond bij hun eerste consultatiebureaubezoek. Onvoldoende voorkennis van ouders is nadelig voor een goed functioneren van het CB, onder meer omdat het de medewerkers extra tijd kost, welke dan niet besteed kan worden aan meer specifieke zaken of taakuitbreiding. Dit geldt voor bureau's nieuwe stijl in nog sterkere mate, omdat de organisatie hiervan ingewikkelder is en door ouders minder gemakkelijker begrepen wordt.

Ter afsluiting van deze aanbevelingen is er nog één punt dat we onder de aandacht willen brengen: het **kleuterhuisbezoek**. In onze steekproef blijkt maar één derde van de ouders van kleuters huisbe-

zoek te hebben gehad in aansluiting op of voorafgaand aan het consultatiebureau-bezoek. Van de wijkverpleegkundigen meldt maar twee derde dergelijke huisbezoeken af te leggen. Toch vindt het merendeel van de ouders deze bezoeken prettig en/of zinvol en vinden veel wijkverpleegkundigen het een essentieel onderdeel van hun werk. Bovendien zijn CB-artsen voor hun informatie over de sociale achtergrond en gezinssituatie van het kind grotendeels afhankelijk van de informatie van de wijkverpleegkundige opgedaan tijdens het huisbezoek. Feit is daarnaast dat de werkdruk van de wijkverpleegkundige steeds toeneemt waardoor er een afnemende tendens is waar te nemen in het afleggen van huisbezoeken wegens tijdgebrek.

### **9.5. Nader onderzoek**

Tot slot van deze rapportage willen we twee aanbevelingen doen voor nader onderzoek. Beide onderzoeksaanbevelingen richten zich in tegenstelling tot het overwegend inventariserende karakter van dit onderzoek meer op de kwaliteit van de consultatiebureaus.

In de eerste plaats brengen we hier onder de aandacht dat het in de bedoeling ligt het onderhavige onderzoek nader uit te werken en uit te diepen op het punt van de contacten die wijkverpleegkundigen en huisartsen hebben buiten het consultatiebureau met de kinderen uit hun eigen wijk of praktijk. Hiertoe dient te worden nagegaan of huisartsen de informatie die ze reeds hebben van het kind of het gezin waartoe het behoort ook daadwerkelijk gebruiken op het consultatiebureau en of dit in het voordeel van het kind is of niet. Dit zou gedaan kunnen worden via observaties, die ter vergelijking ook bij CB-artsen gehouden dienen te worden die een dergelijke voor kennis niet hebben. Deze laatste groep dient dan tevens onderzocht te worden op voor hen specifieke kenmerken bij de bureauvoering.

Ten tweede willen we een aanbeveling doen voor nader onderzoek naar verwijzing, terugrapportage en overleg vanuit het consultatiebureau. We hebben over deze vormen van samenwerking en communicatie minder kunnen vragen en dus minder kunnen onderzoeken dan we graag wilden. De resultaten die we vonden hebben vooral nieuwe vragen opgeroepen. In de eerste plaats is het nodig inzicht te krijgen in de frekwentie waarmee van verwijzing, terugrapportage en overleg gebruik wordt gemaakt door de verschillende bureaumedewerkers en op welke wijze dit geschiedt. Daarnaast zijn er een aantal formele zaken welke om een antwoord vragen. Verlopen de verwijzingen volgens

de aangegeven kanalen (1.2.) of wordt hier vaak van afgeweken? Wie verwijst er in de praktijk vanuit het consultatiebureau, alleen de arts of ook de wijkverpleegkundige, en doet deze laatste dit dan ook op eigen initiatief? Is het de wijkverpleegkundige toegestaan zelfstandig te verwijzen wanneer hij/zij op een bureau nieuwe stijl zelfstandig consult houdt? Over deze en soortgelijke vragen dient geen onduidelijkheid te bestaan, vooral nu het werk van de wijkverpleegkundige op het consultatiebureau aan allerlei veranderingen onderhevig is.

## LITERATUUR

- AALDEREN, H.J. VAN, J.A. KNOTTNERUS. Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen? Huisarts en Wetenschap; 21, 1978, no. 11, p. 424-427
- APPELBOOM, W.J.M.J. Contacten met huisarts en specialist in 1 jaar: GE 1981 en 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 3, 1984, no. 10, p. 5-9
- BASTIAANSE, B., A.M. DICKER, I. LEENES. Kruiswerk en oudervoorlichting. in: GVO/Preventie, 1985
- Besluit erkenningsnormen kruisorganisaties. Nederlandse Staatscourant; 1981, no. 107, p. 8-11
- BODNAR, F.A., J. ENGBERTS, A.F. FELIX, I.C. MOOK-ENGEL. Impressies van ouderopvattingen omtrent het functioneren van een zuigelingen-consultatiebureau naar aanleiding van invoering van de nieuwe stijl. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 9, 1981, no. 3, p. 4-12
- BOERMA, W.G.W., R.T.J. HAMERS. Jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken: studies naar samenwerking deel 6. Utrecht: NHI, 1984
- BOUMA, A.L. Beschouwing van en commentaar op het door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebrachte Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 58, 1980, no. 5, p. 172-174
- BOUVY-VERBEETEN, M.S.A.C. Verpleegkundige consulten: verslag van een experiment. Leiden: NIPG-TNO, afdeling onderwijs, 1975
- BUREAU EXTRAMURALE GEZONDHEIDSZORG. Personeelsgegevens van Kruisorganisaties, 1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, CBS; 5, 1986, 3
- BUREAU GEZONDHEIDSVOORLICHTING DEN HAAG. Groeiboek. Rijswijk: Sijthoff Handelsdrukkerijen, 1984
- CARLIER, E., P. KOUSEMAKER, P. KUSSE, C. NEERKEN. Het consultatiebureau in pedagogisch perspectief. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no. 5, p. 4-7
- CASTELIJNS, C. Het functioneren van het konsultatieburo. Het Beter-schap; 5, 1983, no. 7-8, p. 9-10
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Rijswijk: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1979

- COMMANDEUR, S., A. KARDINAAL. Onderzoek in Zwolle en omliggende gemeenten naar de mate waarin kinderen het consultatiebureau bezoeken. Wageningen: Landbouwhogeschool Wageningen, Gezondheidsleer, 1984
- Consultatiebureau-gedeelte van Zorgpakket Jeugdgezondheidszorg/Kruiswerk uitgewerkt. Maatschappelijke gezondheidszorg; 12, 1984, no. 10, p. 44-45
- CONSUMENTENBOND. Onderzoeksverslag jeugdgezondheidszorg binnen kruisverenigingen. Den Haag: Consumentenbond, 1982
- CREBOLDER, H.F.J.M. Huisarts en kinderhygiëne. Medisch Contact; 34, 1979, no. 47, p. 1496-1498
- DANTUMA, H., J. HERMANS, A. COOLS. Signalering en begeleiding van problemen in de ontwikkeling van jonge kinderen: eindverslag van een longitudinaal projekt 'vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen bij het jonge kind'. Hoogeveen: Welzijnsplan Zuid-West Drenthe, 1978
- DERKSEN, W. Samenwerking bij gezondheidszorg rond jeugdigen II. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 59, 1981, no. 24, p. 896-898
- DIK, H. Wat is er mis met het consultatiebureau? Kinderen; 1982, no. 10, p. 26-30
- DILLO-BLUMENBERG, W., J. VERNOOY-ELSHOVE. Zijn ouders tevreden over het zuigelingenbureau? 's-Hertogenbosch: Kruisvereniging 's-Hertogenbosch, 1985
- DONGEN, A.M. VAN. Provinciale kruisvereniging en consultatiebureau-huisarts. Medisch Contact; 40, 1985, no. 37, p. 1132-1134
- DOOMEN, M. Zeggen ze maar wat op het consultatiebureau? Ouders van nu; 1983, no. 2, p. 24-27
- EERSTELIJN ACTUEEL. 'Cursus' voor studenten legt basis voor (betere) samenwerking huisarts-wijverpleegkundige. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 12, 1984, no. 11, p. 57
- ENQUÊTECOMMISSIE. Enquête zuigelingen-zorg Doesburg-Angerlo. 1982
- EVERAARS, A.W., A.C.M. VAN DE NEUT-VAN NOORDENBURG. Zuigelingenbureau, waarom niet? Groningen: Rijksuniversiteit, Instituut voor sociaal-medische wetenschap, 1978
- FADDEGON, H. Consultatiebureau in groepsvorm vermindert 'opvoedingsisolement'. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 12, 1984, no. 12, p. 32-35
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar Nederland 1978. Leidschendam: Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, 1980

- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar 1980. Leidschendam: Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, 1982
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar 1981. Leidschendam: Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, 1983
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar: Nederland 1982. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1984. Afdeling Moederschap en Kinderhygiëne.
- GRAAT, T. 'Op deze manier werken willen we niet langer!' Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, 1983, no. 4, p. 16-18
- HAMERS, R.T.J., W.G.W. BOERMA. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen: studies naar samenwerking no. 9. Utrecht: NIVEL, 1985
- HENGEVELD, B. Het consultatiebureau in de Jeugdgezondheidszorg. Tijdschrift voor Kindergeneeskunde; 45, 1977, no. 2, p. 37-42
- HERNGREEN, W.P., W.J. MEIJER, E.A. SCHLESINGER-WAS, F.J. VEENHOF. Jeugdgezondheidszorg in Nederland: een verkenning. Leiden: NIPG-TNO, 1981
- HESSING-WAGNER, J. Samenhang in de zorg rond geboorte en jonge kinderen. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1985
- HINGSTMAN, L., H. BOON. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1986
- HOEKSMa, B.H. Onderzoek Tijdsnormstelling Kruiswerk Twente. Hengelo: Hoeksma, Homans en Menting, 1985
- HOOFD, T. Het experimentele kleuterbureau te Stolwijk en Berkenwoude: evaluatie met betrekking tot de periode 1 april 1981 - 1 april 1982. Den Haag: Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, 1982
- HUYGEN, F.J.A. De rol van de huisarts als gezinsarts. Huisarts en wetenschap; 24, 1981, no. 4, p. 130-134
- Interdepartementale Werkgroep Ambulante en Preventieve Voorzieningen voor hulpverlening aan jeugdigen (IWAPV). Rijswijk: WVC, 1981. Eerste rapport
- JANSEN, TH.G. Jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen: Commentaar op een interimadvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Medisch Contact; 35, 1980, no. 45, p. 1402-1404
- KERKSTRA, A., A.M.G.J. DE WIT. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden: instrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 1987

- KNAPEN, M., P. PUTS. Zuigelingen­zorg in Friesland: een onderzoek onder hulpverleners en ouders van 0 tot 1 jarigen. Nijmegen: Instituut voor toegepaste sociale wetenschappen, 1986
- KRAB­BENBOS-ZETHOVEN, A., L.J. MEIJER-SPIJKER, J.A.M. STRENS-MEULEMEESTER. Kleuterconsultatiebureau: een onderzoek naar non-participatie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Opleiding Jeugdgezondheidszorg, 1984
- KRUISVERENIGING WEST-OVERIJSSSEL. Ontwikkelings­onderzoek op het consultatiebureau: werkboek bij het herziene van Wiechenschema. Kampen: Kruisvereniging West-Overijssel, 1983
- KRUISWERK NIJMEGEN. Jaarverslag 1984. Nijmegen: Kruiswerk Nijmegen
- KRUISVERENIGING EINDHOVEN. Wijkverpleegkundige en consultatieburoarts: een paar tesamen. Eindhoven: Kruisvereniging Eindhoven, 1984
- KUIPER, C.M. Non-participatie aan preventieve voorzieningen in de jeugdgezondheidszorg (0-4 jr). Leiden: NIPG-TNO, 1986
- KUIPER, C.M., E.A. SCHLESINGER-WAS, G.J., VAANDRAGER. Preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten: een onderzoek naar de deelname aan de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) in Den Haag. Leiden: NIPG-TNO, 1985
- LANDELIJKE HUISARTSENVERENIGING (LHV). Het basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsenvereniging, 1983
- LANSCHOT HUBRECHT, A.W. VAN, F.A. BODNAR. Een onderzoek naar de functie van het groeiboek. Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg; 15, 1983, no. 2, p. 25-27
- LISDONK, E.H. VAN DE, H.G.M. NIJKRAKE, A.F.M.H. RECEVEUR. De huisarts, ook dé arts voor zuigelingen en kleuters. Medisch Contact; 36, 1981, no. 3, p. 73-75
- LISDONK, E. VAN DE, I. GIELIS. CB: ABC of minder gesneden koek? Het consultatieburo ter discussie. Eerste lijn; 6, 1980, no. 2, p. 48-53
- LOON, P.C.J. VAN. Wijkverpleegkundige ontbeert steun van eigen organisatie bij ontwikkeling beroepsidentiteit. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 12, 1984, no. 4, p. 20-23
- MENNEN, M. Inventarisatie basiseenheid 'Deurne-Bakel'. Deurne: 1983
- MINISTERIE VAN VOLKS­GEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. Gewijzigde herdruk. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980
- MINISTERIE VAN VOLKS­GEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974



- MOST VAN SPIJK, M. VAN DER. Gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam: ervaringen van ouders en hulpverleners. Amsterdam: GG & GD, 1985
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Uitgangspunten en beleidsaanbevelingen voor de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk (verkorte versie). Utrecht: Nationale Kruisvereniging, 1978
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk 1984: Feiten en Cijfers. Bijlage Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar: kruiswerk 1983. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986a
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk: feiten en cijfers. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986b
- NATRIS-MATHOT, E.W.M. DE. Samenwerking tussen huisartsen en consultatiebureauteams: suggesties voor een 'draaiboek'. Leiden: NIPG-TNO, 1979
- NEDERLANDSE BOND VOOR MOEDERSCHAPSZORG EN KINDERHYGIENE. Jeugdgezondheidszorg: inhoud en uitvoering. Utrecht: Nederlandse Bond voor Moederschapzorg en Kinderhygiëne, 1972
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Functie- en taakomschrijving voor een jeugdarts in een jeugdgezondheidszorgteam. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 1985
- NUYENS, W.J.F.I., G.D.J. VAN DER SPELD. Deeltijdarbeid in de wijkverpleging. Tilburg/Utrecht: IVA/NIVEL, 1987
- PENNINGS, H. De buitenlander blijft ons een zorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986, no. 11, p. 22-23
- PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID IN FRIESLAND. Functioneren en knelpunten van de jeugdgezondheidszorg in Friesland: Deel 1. Leeuwarden: Kommissie Jeugdgezondheidszorg, 1981. Discussienota
- PROVINCIALE FRIESE KRUISVERENIGING. Kleuterbureau nieuwe stijl Drachten. Leeuwarden: Provinciale Friese Kruisvereniging, afdeling jeugdgezondheidszorg, 1984
- PROVINCIALE NOORDBRABANTSE KRUISVERENIGING. Jaarverslag 1982. Tilburg: Provinciale Noordbrabantse Kruisvereniging
- RASKER-KRIJGSMAN, M.P. Wie zorgt voor de gezondheid van de jonge kinderen? Assen: Van Gorcum, 1978
- ROORDA, P. Ouders en consultatiebureau hebben elkaar wat te zeggen. Kinderen; 1983, p. 98-102
- SCHILDER, C.M. Het pedagogisch peuterbureau te Woerden. Den Haag: Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, 1982
- SCHIPPERS, A. Meten en wegen: onderzoek naar het zuigelingenbureau van het sociaal medisch centrum Diemen-Zuid. Amsterdam: december 1984

- SCHRAMA, N. Het opvoedkundig consultatiebureau: interview met Drs. T. Timmers-Huigens. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 2, 1974, no. 6, p. 312-313
- SMIT, N.C. Consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters 'nieuwe stijl'. Tijdschrift Sociale Geneeskunde; 48, 1970, no. 17, p. 558-560
- SCHLESINGER-WAS, E.A. Vroege opsporing van gehoorstoornissen. Leiden: NIPG-TNO, 1986
- SWAAK, A.J. Jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen. Medisch Contact; 37, 1982, no. 16, p. 486-492
- SWAAK, A.J. Welke gevolgen heeft Contourennota voor de jeugdgezondheidszorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 11, 1983, no. 9, p. 26-28
- SWAAK, A.J. Het 'kleuterbureau' nog steeds in de steigers. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986a, no. 7-8, p. 20-23
- SWAAK, A.J. Opsporing gehoorstoornissen via gehoordragvragenformulier voor ouders. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986b, no. 1, p. 26-29
- SWETS-GRONERT, F.A. De plaats van het consultatiebureau in de steunfuncties voor moeders met jonge kinderen. Den Haag: Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1982
- SWINKELS, H.W.A.M. Contacten van zuigelingen en kleuters met het consultatiebureau, 1981-1983. Maandbericht gezondheidsstatistiek; 4, 1985, no. 7, p. 26-31
- VELDKAMP, A. Kleuterbureau in groepsverband. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg; 17, 1985, no. 1, p. 6-8
- VERBERNE, T., I. HAAG. Consultatiebureau in groepsvorm: een experiment. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 10, 1982, no. 9, p. 14-18
- VLIET, W.E. VAN, J.E. BULTJE-MEIRING. Kleuterconsultatiebureaus in de stad Groningen. Groningen: Rijksuniversiteit, Instituut voor sociaal-medische wetenschap, 1979
- VOORHOEVE, H.W.A. Jeugdgezondheidszorg in de eerstelijns gezondheidszorg. Medisch Contact; 32, 1977, no. 32, p. 1313-1317
- WIERINGEN, J.C.M. VAN, J.M.G. ENGELSMAN. Tvredeheidsonderzoek consultatiebureaus zuigelingen zorg Amsterdam. Amsterdam: GG en GD, 1984
- WINTER, M. DE. Het voorspelbare kind: vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) in wetenschappelijk en sociaal historisch perspectief. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

# de zorg voor zuigelingen en kleuters

## enquête consultatiebureauartsen

Inlichtingen:

T. Vorst - Thijssen, telefoon: 030 - 31 99 46

## TOELICHTING

Voor alle duidelijkheid willen we vooraf graag de volgende opmerkingen maken:

- Gezien het inventariserende karakter van het onderzoek is het de bedoeling dat Uw antwoorden de **feitelijke** situatie op het consultatiebureau weergeven, hoe uniek of afwijkend deze situatie naar Uw idee ook is.
- Wilt U de vragenlijst zo **volledig** mogelijk invullen?  
Er zijn drie soorten vragen:
  1. Bij de meeste vragen is maar **één** antwoord mogelijk. U kunt dan het antwoord dat voor U van toepassing is aankruisen.
  2. Bij sommige vragen zijn **meerdere** antwoorden mogelijk. Dit staat bij de desbetreffende vragen aangegeven. U kunt dan meerdere antwoorden aankruisen.
  3. In enkele gevallen verzoeken wij U een **open** vraag te beantwoorden. U kunt Uw antwoord dan op het stippelijntje invullen.

Wilt U a.u.b. **geén** vragen overslaan, behalve in die gevallen waar dit duidelijk is aangegeven?

- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor het maken van aanvullende opmerkingen.

Na het invullen kunt U de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenveloppe doen, **dichtplakken** en graag meteen naar ons terug sturen.

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

I PRAKTIJKSITUATIE

1. Hoeveel consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters leidt u per maand? Wat is het totaal aantal uren\* per maand dat u besteedt aan deze bureaus?

	zuigelingen- bureau	kleuter- bureau	gemengd bureau
aantal CB's	.....	.....	.....
totaal aantal uren	.....	.....	.....

2. Van hoeveel verschillende huisartsen komen er kinderen bij u op het consultatiebureau?

- 0 1 - 5 huisartsen  
 0 6 - 15 huisartsen  
 0 16 - 25 huisartsen  
 0 meer dan 25 huisartsen

3. Met hoeveel verschillende wijkverpleegkundigen werkt u samen op de consultatiebureaus?

.....

4. Komen de kinderen op het consultatiebureau uit de eigen wijk van de wijkverpleegkundige van het consultatiebureausteam? Wilt u deze vraag s.v.p. apart beantwoorden voor zuigelingen- en kleuterbureaus? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk indien de situatie niet bij alle bureaus waar u werkt hetzelfde is.)

	zuigelingen	kleuters
de kinderen komen allen uit de eigen wijk van de wijkverpleegkundige	0	0
de kinderen komen zowel uit de eigen wijk van de wijkverpleegkundige als uit die van collega's uit dezelfde basiseenheid	0	0
anders, n.l. ....	0	0

5. Hoeveel kinderen ziet u gemiddeld op één consultatiebureausitzing?

op het zuigelingenbureau:	aantal zuigelingen:.....
op het kleuterbureau:	aantal kleuters:.....
op het gemengde bureau:	aantal zuigelingen:.....
	aantal kleuters:.....

6. Hoe lang duurt gemiddeld een consult voor zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau?\*

consultduur zuigeling.....min. (alleen invullen als u zelf zuigelingenbureau doet)  
 consultduur kleuter.....min. (alleen invullen als u zelf kleuterbureau doet)

\* Wilt u hier alleen het aantal uren aangeven waarop u zitting houdt op het consultatiebureau, dus exclusief voorbereidingstijd en nabespreking

\*\* Wilt u hier s.v.p. de tijd opgeven die u in feite besteedt aan een consult, niet een normtijd?

---

7. Hoe vaak bezoeken zuigelingen en kleuters in de regel het consultatiebureau?

- aantal maal:  
in de zuigelingenperiode:.....  
in het tweede levensjaar:.....  
in het derde levensjaar:.....  
in het vierde levensjaar:.....
- 

8. Hoeveel tijd besteedt u aan nabespreking over de consultatiebureauzittingen?

- 0 niet van toepassing, we houden geen nabesprekingen  
0 .....minuten per maand over de gemengde CB's (indien u geen aparte zittingen houdt voor zuigelingen en kleuters)  
0 .....minuten per maand over de zuigelingen-CB's  
0 .....minuten per maand over de kleuter-CB's
- 

9. Welke leeftijdsgrenzen worden bij u voor de consultatiebureaus gehanteerd?

- | zuigelingenbureau   | kleuterbureau       |
|---------------------|---------------------|
| 0 t/m 12 maanden    | 0 tot 4 jaar        |
| 0 t/m 13 maanden    | 0 tot 4,5 jaar      |
| 0 t/m 14 maanden    | 0 tot 5 jaar        |
| 0 t/m 15 maanden    | 0 anders, nl.:..... |
| 0 anders, nl.:..... | .....               |
| .....               | .....               |
- 

10. Heeft u een vast dienstverband met de kruisvereniging waarbinnen u consultatiebureau doet?

- 0 ja  
0 nee
- 

11. Wat is voor u de reden geweest om consultatiebureau te gaan doen? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

- 0 het is goed te combineren met mijn andere werkzaamheden  
0 het is goed te combineren met het zorgen voor een gezin  
0 ik kon geen ander werk als arts krijgen  
0 ik vind het leuk om CB te doen  
0 om financiële redenen  
0 anders, nl.:.....  
.....  
.....
- 

12. Wat doet u wanneer u merkt dat ouders niet met hun kind naar het consultatiebureau gaan?

- 0 u probeert ze van het nut ervan te overtuigen;  
0 u neemt contact op met de wijkverpleegkundige tot wiens wijk het gezin behoort;  
0 u doet niets, omdat u vindt dat ze dat zelf moeten weten;  
0 u doet niets omdat u het niet merkt;  
0 anders, nl.:.....  
.....
-

---

13. Welk registratiesysteem gebruikt u op het consultatiebureau?

drieluikkaart

dossier jeugdgezondheidszorg

overgangsfase van drieluikkaart naar dossier jeugdgezondheidszorg

ander registratiesysteem, nl.....

.....

---

## II INHOUD VAN HET CONSULTATIEBUREAU-WERK

14. Hieronder staan de taken aangegeven waarvan algemeen wordt aangenomen dat ze binnen het consultatiebureau dienen te worden uitgevoerd. Zou u van elk van deze taken willen aangeven welke persoon bij u op het consultatiebureau deze taken vervult? Indien genoemde taak niet op het consultatiebureau wordt uitgevoerd, kunt u dit aangeven.

Inhoudelijke taken van het consultatiebureau	de arts	de wijkverpleegkundige	zowel de arts als de wijkverpleegkundige	niet op CB
a. het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	0	0	0	0
b. het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	0	0	0	0
c. het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	0	0	0	0
d. het observeren van de ouder-kindrelatie	0	0	0	0
e. het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	0	0	0	0
f. het systematisch observeren van gedrag	0	0	0	0
g. het geven van gezondheidsvoorlichting	0	0	0	0
h. het geven van voedingsvoorlichting	0	0	0	0
i. het geven van opvoedingsvoorlichting	0	0	0	0
j. het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	0	0	0	0
k. het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	0	0	0	0
l. het doen van inentingen	0	0	0	0
m. het uitvoeren van de Ewing-test	0	0	0	0
n. het testen van het gezichtavermogen	0	0	0	0
o. het uitvoeren van de BOEL-test	0	0	0	0
p. registratie	0	0	0	0
q. huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	0	0	0	0
r. meten en wegen	0	0	0	0
s. medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	0	0	0	0



15. Wilt u over dezelfde taken als genoemd in vraag 14 nu aangeven door welke persoon deze taken volgens u uitgevoerd behoren te worden? Indien u van een taak vindt dat deze buiten het werkerterrein van het consultatiebureau valt, kunt u dit aangeven.

	de arts	de wijk- verpleeg- kundige	zowel de arts als de wijkverpleeg- kundige	niet op CB
a. het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	0	0	0	0
b. het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	0	0	0	0
c. het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	0	0	0	0
d. het observeren van de ouder-kind-relatie	0	0	0	0
e. het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	0	0	0	0
f. het systematisch observeren van gedrag	0	0	0	0
g. het geven van gezondheidsvoorlichting	0	0	0	0
h. het geven van voedingsvoorlichting	0	0	0	0
i. het geven van opvoedingsvoorlichting	0	0	0	0
j. het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	0	0	0	0
k. het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	0	0	0	0
l. het doen van inentingen	0	0	0	0
m. het uitvoeren van de Ewing-test	0	0	0	0
n. het testen van het gezichtsvermogen	0	0	0	0
o. het uitvoeren van de BOEL-test	0	0	0	0
p. registratie	0	0	0	0
q. huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	0	0	0	0
r. meten en wegen	0	0	0	0
s. medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	0	0	0	0

---

16. Op welke wijze is de door u in vraag 14 aangegeven taakverdeling tot stand gekomen?

- door duidelijke werkafspraken te maken;
- is zo gegroeid;
- is mij niet bekend;
- anders, nl.:.....  
.....

---

17. Zijn er bij u op het bureau knelpunten aan te wijzen over de inhoudelijke taakverdeling? (Meerdere antwoorden mogelijk.)

- nee
  - ja, er is meningsverschil over een aantal taken of de wijkverpleegkundige deze wel zelfstandig kan uitvoeren, nl.:.....  
.....
  - ja, er is meningsverschil over of de inhoudelijke taakverdeling dient te worden aangepast aan ervaring en opleidingsniveau van de wijkverpleegkundige.
  - ja, of de arts de eindverantwoording dient te dragen voor de door de wijkverpleegkundige zelfstandig uitgevoerde taken.
  - ja, omdat taakverdeling niet altijd efficiënt is.
  - ja, anders, nl.:.....  
.....
-

18. Hieronder volgen een aantal uitspraken waarin opvattingen aan de orde komen over de inhoud en uitvoering van taken binnen het consultatiebureau. Wilt u aangeven in hoeverre u het met deze uitspraken eens of oneens bent.

	zeer mee eens	mee eens	deels mee eens/ deels mee oneens	mee oneens	zeer mee oneens
a. het CB heeft duidelijk preventieve waarde	0	0	0	0	0
b. voor ouders is de begeleiding welke hen via het CB wordt gegeven onmisbaar	0	0	0	0	0
c. ouders dienen zich te houden aan de aanwijzingen die op het CB worden gegeven	0	0	0	0	0
d. het maakt voor mij geen verschil of de wijkverpleegkundige de kinderen die op CB komen wel of niet kent door huisbezoek(en)	0	0	0	0	0
e. arts en wijkverpleegkundige hebben op het CB naast de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ieder hun eigen verantwoordelijkheden	0	0	0	0	0
f. veel van de preventieve taken op het CB kunnen door de wijkverpleegkundige worden vervuld i.p.v. door een arts	0	0	0	0	0
g. door de huisbezoeken heeft de wijkverpleegkundige meer informatie over het sociale milieu van het kind dan de huisarts	0	0	0	0	0
h. voor een wijkverpleegkundige is CB-werk een belangrijk en substantieel onderdeel van haar werk	0	0	0	0	0
i. een wijkverpleegkundige dient per jaar minimaal een bepaald aantal uren CB te doen om voldoende routine te krijgen en te behouden	0	0	0	0	0
j. een huisarts dient een minimaal aantal kinderen per jaar op CB te zien om routine te krijgen en te behouden	0	0	0	0	0
k. om goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in zijn praktijk moet een huisarts zelf het zuigelingen-CB doen	0	0	0	0	0
l. een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit zijn praktijk zelf CB te doen	0	0	0	0	0
m. het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het consultatiebureauwerk	0	0	0	0	0
n. systematische VTO is meer een taak voor speciaal opgeleide consultatiebureauartsen dan voor huisartsen	0	0	0	0	0
o. een speciaal opgeleide CB-arts denkt te snel dat er van afwijkingen bij een kind sprake is	0	0	0	0	0

III BUREAU NIEUWE STIJL

Er is tegenwoordig vaak sprake van consultatiebureau's 'nieuwe stijl', zowel voor zuigelingen als voor kleuters. In algemene zin betekent dit dat de wijkverpleegkundige zelfstandig consulten doet op het consultatiebureau. Ook worden er groepsconsultatiebureau's gehouden, welke in hun opzet afwijken van het bekende consultatiebureau.

Indien u deel uitmaakt van één of andere nieuwe vorm van consultatiebureau houden, wilt u dan s.v.p. de volgende vragen-cluster beantwoorden.

Indien u niet verbonden bent aan bureau 'nieuwe stijl' kunt u doorgaan met vraag 24 op pag. 9.

19. Kunt u hieronder aangeven hoe de consult verdeling bij u ligt; voor de zuigelingen over de periode dat deze het zuigelingenbureau bezoeken, voor kleuters over de periode dat deze het kleuterbureau bezoeken.

	zuigelingen	kleuters
aantal consulten door arts geleid;	.....	.....
aantal consulten door wijkverpleegkundige geleid;	.....	.....
aantal consulten door arts en wijkverpleegkundige samen geleid;	.....	.....
aantal consulten door andere discipline geleid,		
nl.:.....	.....	.....

20. Zijn er behalve de consultverdeling nog andere aspecten bij u op het consultatiebureau nieuwe stijl die afwijken van de vroegere vorm?

- nee
- weet ik niet
- ja, nl.:.....
- .....

21. Hoe zou u op grond van uw ervaringen met een bureau 'nieuwe stijl' deze wijze van consultatiebureau houden willen beoordelen?

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

22. Is de samenwerking binnen het consultatiebureauteam erdoor verbeterd?

- ja
- hetzelfde gebleven
- nee
- niet van toepassing, geen ervaring met andere vorm van CB

23. Zijn er nog specifieke knelpunten of pluspunten welke u naar voren wilt brengen over het bureau nieuwe stijl?

- nee
- ja, nl.:.....
- .....

IV SAMENWERKING EN COMMUNICATIE

24. Verwijzingen van u uit naam van het CB-team naar de huisarts kunnen gepaard gaan met toelichting op de gevonden afwijking. Omgekeerd kan er van de kant van de huisarts in meerdere of mindere mate sprake zijn van terugrapportage aan het CB-team over de gevolgde behandeling of verdere doorverwijzing. Wilt u hieronder aangeven in hoeverre er bij u van deze aspecten sprake is?

	meestal	nu en dan	zelden of nooit
toelichting van u bij verwijzing naar de huisarts	0	0	0
terugrapportage aan u door de huisarts	0	0	0

25. Hoe verlopen deze contacten over het algemeen in geval van verwijzing?

0 goed  
0 matig  
0 slecht

26. Wanneer een kind op verzoek van het consultatiebureau is doorverwezen naar één van de volgende disciplines, is er dan sprake van terugrapportage aan u hierover?

	altijd	regelmatig	soms	nooit	niet van toepassing*
kinderarts	0	0	0	0	0
KNO-arts	0	0	0	0	0
orthopaed	0	0	0	0	0
andere specialist	0	0	0	0	0
audiologisch centrum	0	0	0	0	0
logopedist(e)	0	0	0	0	0
RIAGG	0	0	0	0	0
maatschappelijk werker	0	0	0	0	0
VTO-team	0	0	0	0	0
medisch kleuterdagverblijf	0	0	0	0	0
stichting spel en opvoedingsvoorzichting	0	0	0	0	0
andere, nl.:.....	0	0	0	0	0

27. Hoe verlopen de contacten in het algemeen in geval van terugrapportage?

0 goed  
0 matig  
0 slecht

\* deze kolom alleen aankruisen indien niet naar de desbetreffende discipline wordt doorverwezen.

---

28. Zijn er problemen op het **organisatorische** vlak welke een goede kwaliteit van het consultatiebureau belemmeren? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

- ja, door de interne organisatie van het bureau, nl.:.....
- .....
- ja, door organisatorische regelingen van de (provinciale) kruisvereniging, nl.:.....
- .....
- ja, door collectieve besluiten van huisartsen verenigingen, nl.:.....
- .....
- ja, door andere oorzaken, nl.:.....
- .....
- nee

---

29. Hoe verloopt de samenwerking met de wijkverpleegkundige(n) bij u op het consultatiebureau?

- overleg direct tijdens het CB
- overleg op vaste tijden aansluitend op het CB
- overleg op vaste tijden niet aansluitend op het CB
- overleg alleen indien hoogst noodzakelijk
- weinig overleg
- anders, nl.:.....

---

30. Bent u tevreden over de kwaliteit van de samenwerking met de wijkverpleegkundige(n) op het consultatiebureau of zijn er knelpunten die de samenwerking bemoeilijken? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk indien u met verschillende wijkverpleegkundigen consultatiebureau doet.)

- de samenwerking is goed
  - de samenwerking is redelijk
  - de samenwerking is niet goed, omdat de wijkverpleegkundige zich niet aan de gemaakte afspraken houdt
  - de samenwerking is niet goed, omdat ik me niet aan de gemaakte afspraken houd
  - de samenwerking is niet goed, omdat we niet goed met elkaar overweg kunnen
  - de samenwerking is niet goed om andere reden(en), nl.:.....
  - .....
  - .....
  - .....
-

OPLEIDING EN NASCHOLING

---

31. Welke opleidingen heeft u genoten? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

- alleen artsenopleiding
- huisartsenopleiding
- opleiding tot jeugdarts
- applicatiecursus voor CB-werk
- anders, nl.:.....
- .....

---

32. Heeft u bij- of nascholing gehad ten behoeve van het consultatiebureauwerk?

- nee
- ja, via de volgende cursussen:
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....

---

33. Hoe vaak denkt u dat het voor consultatiebureau-artsen nodig is om na- of bijscholingscursussen te volgen?

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

---

34. Is er voldoende aanbod bij u in de regio van na- of bijscholingscursussen?

- ja
  - nee
-

VI ALGEMENE GEGEVENS

---

35. Wat is uw leeftijd?

....jaar

---

36. Wat is uw geslacht?

vrouw

man

---

37. In welk jaar bent u als arts afgestudeerd?

19..

---

38. Hoe lang bent u reeds als consultatiebureau-arts werkzaam?

....jaar

---

39. Vervult u naast uw werk als consultatiebureau-arts nog andere functies als arts?

nee

ja, nl.:.....

---

Als u opmerkingen heeft over sommige vragen of over de vragenlijst, dan kunt u deze hieronder noteren.

HARTELIJKE DANK VOOR UW MEDEWERKING





nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

# de zorg voor zuigelingen en kleuters

enquête  
huisartsen

Inlichtingen:

T. Vorst - Thijssen, telefoon: 030 - 31 99 46

## TOELICHTING

Voor alle duidelijkheid willen we vooraf graag de volgende opmerkingen maken:

- Gezien het inventariserende karakter van het onderzoek is het de bedoeling dat Uw antwoorden de **feitelijke** situatie op het consultatiebureau weergeven, hoe uniek of afwijkend deze situatie naar Uw idee ook is.
- Behalve vragen over consultatiebureaus bevat deze vragenlijst ook een aantal vragen over de situatie in Uw praktijk. Deze zijn van belang om meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen de zorg binnen en buiten de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen.
- Wilt U de vragenlijst zo **volledig** mogelijk invullen?  
Er zijn drie soorten vragen:
  1. Bij de meeste vragen is maar **één** antwoord mogelijk. U kunt dan het antwoord dat voor U van toepassing is aankruisen.
  2. Bij sommige vragen zijn **meerdere** antwoorden mogelijk. Dit staat bij de desbetreffende vragen aangegeven. U kunt dan meerdere antwoorden aankruisen.
  3. In enkele gevallen verzoeken wij U een **open** vraag te beantwoorden. U kunt Uw antwoord dan op het stippelijntje invullen.

Wilt U a.u.b. **geén** vragen overslaan, behalve in die gevallen waar dit duidelijk is aangegeven?

- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor het maken van aanvullende opmerkingen.

Na het invullen kunt U de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenveloppe doen, **dichtplakken** en graag meteen naar ons terug sturen.

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

## I PRAKTIJKSITUATIE

1. Hebt u een solopraktijk of werkt u binnen een of ander samenwerkingsverband?

ik werk in een:

- solopraktijk
- gezondheidscentrum
- home-team\*
- duo-praktijk
- groepspraktijk

2. Hoeveel zuigelingen en hoeveel kleuters heeft u op dit moment in uw praktijk?

zuigelingen

kleuters

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> minder dan 16 | <input type="checkbox"/> minder dan 50 |
| <input type="checkbox"/> 16 - 20       | <input type="checkbox"/> 51 - 75       |
| <input type="checkbox"/> 21 - 25       | <input type="checkbox"/> 76 - 100      |
| <input type="checkbox"/> 26 - 30       | <input type="checkbox"/> 101 - 125     |
| <input type="checkbox"/> 31 of meer    | <input type="checkbox"/> 126 of meer   |

3. Bent u als arts verbonden aan één of meer consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters?

- CB voor zuigelingen  ja; aantal uren per maand\*:.....  
 nee
- CB voor kleuters  ja; aantal uren per maand\*:.....  
 nee
- CB gemengd  ja; aantal uren per maand\*:.....  
 nee

4. Indien u geen consultatiebureauwerk doet, hebt u dat in het verleden wel gedaan?

- ja; over een periode van....jaar  
 nee

Indien u geen consultatiebureauwerk doet, kunt u verder gaan met vraag 20

5. Hoe lang doet u reeds consultatiebureauwerk?

.....jaar

\* Een home-team is een samenwerkingsverband (zonder gezamenlijke huisvesting) waarin tenminste de hulpverleners uit de kerndisciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk participeren. Deze komen op zijn minst één keer per maand bij elkaar om de hulpverlening aan gezamenlijke patiënten op elkaar af te stemmen.

\*\* Wilt u hier alleen het aantal uren aangeven waarop u zitting houdt op het consultatiebureau, dus exclusief voorbereidingstijd en nabespreking.

6. Hoeveel consultatiebureauzittingen voor zuigelingen en kleuters leidt u per maand?

aantal CB-zittingen	zuigelingen .....	kleuters .....	gemengd CB .....
---------------------	----------------------	-------------------	---------------------

7. Welke leeftijdsgrenzen worden bij u voor de consultatiebureaus gehanteerd?

zuigelingenbureau	kleuterbureau
0 t/m 12 maanden	0 tot 4 jaar
0 t/m 13 maanden	0 tot 4,5 jaar
0 t/m 14 maanden	0 tot 5 jaar
0 t/m 15 maanden	0 anders, nl. ....
0 anders, nl. ....	.....

8. Wilt u hieronder aangeven in hoeverre het consultatiebureau waaraan u verbonden bent praktijkgebonden werkt? Kunt u dit (indien van toepassing) apart aangeven voor zuigelingen en kleuters? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk indien u aan meerdere bureaus verbonden bent.)

	zuigelingen	kleuters
- het CB is uitsluitend voor (kinderen van) eigen patiënten;	0	0
- het CB is ook voor (kinderen van) patiënten van collega's waarmee ik samenwerk;	0	0
- het CB is ook voor (kinderen van) patiënten van collega's waarmee ik niet samenwerk	0	0
- het CB is ook voor (kinderen van) patiënten van mijn waarnemingsgroep	0	0
- het CB valt geheel buiten mijn praktijk.	0	0

9. Indien u (ook) consultatiebureau doet voor collega's, om hoeveel huisartsen gaat het dan?

.....

10. Met welke wijkverpleegkundige(n) werkt u samen op het consultatiebureau? Kunt u dit apart (indien van toepassing) voor zuigelingen- en kleuterbureau aangeven? Kunt u tevens aangeven om hoeveel verschillende wijkverpleegkundigen het gaat? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk indien u aan meerdere consultatiebureaus verbonden bent.)

	zuigelingen- bureau	aantal wijk- verpleeg- kundigen	kleuter- bureau	aantal wijk- verpleeg- kundigen	gemengd bureau	aantal wijk- verpleeg- kundigen
a. Met één of meerdere wijkverpleegkundige(n) uit gezondheidscentrum of home-team;	0	...	0	...	0	...
b. Met één of meerdere wijkverpleegkundige(n) waarmee u samenwerkt, echter niet in gezondheidscentrum of home-team verband;	0	...	0	...	0	...
c. Met één of meerdere wijkverpleegkundige(n) waarmee u verder niet samenwerkt;	0	...	0	...	0	...

---

11. Hoeveel kinderen ziet u gemiddeld op één consultatiebureauzitting?

op het zuigelingenbureau:      aantal zuigelingen:.....  
op het kleuterbureau:            aantal kleuters:.....  
op het gemengde bureau:        aantal zuigelingen:.....  
    aantal kleuters:.....

---

12. Hoe lang duurt gemiddeld een consult voor zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau?

consultduur zuigeling.....min.  
consultduur kleuter.....min. (alleen invullen als u zelf kleuterbureau doet)

---

13. Hoe vaak bezoeken zuigelingen en kleuters in de regel het consultatiebureau?

aantal maal:  
in de zuigelingenperiode:.....  
in het tweede levensjaar:.....  
in het derde levensjaar:.....  
in het vierde levensjaar:.....

---

14. Hoeveel tijd besteedt u aan nabespreking over de consultatiebureauzittingen?

0 niet van toepassing, we houden geen nabesprekingen  
0 .....minuten per maand over de gemengde CB's (indien u geen aparte zittingen houdt voor zuigelingen en kleuters)  
0 .....minuten per maand over de zuigelingen-CB's  
0 .....minuten per maand over de kleuter-CB's

---

15. Heeft u een vast dienstverband met de kruisvereniging waarbinnen u consultatiebureau doet?

0 ja  
0 nee

---

16. Welke redenen hebben bij u meegespeeld om voor consultatiebureauwerk te kiezen? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

0 CB-werk is zinvol;  
0 er gaat een preventieve werking uit van het CB;  
0 ik vind het leuk om CB te doen;  
0 het is een mogelijkheid tot extra samenwerking met de wijkverpleegkundige (uit het team);  
0 om financiële redenen;  
0 CB-werk hoort gewoon bij het werk van de huisarts;  
0 het is gebruikelijk binnen ons samenwerkingsverband;  
0 anders, nl:.....  
.....

---

---

17. Wat doet u wanneer u merkt dat ouders niet met hun kind naar het consultatiebureau gaan?

- u probeert ze van het nut ervan te overtuigen;
  - u neemt contact op met de wijkverpleegkundige tot wiens wijk het gezin behoort;
  - u doet niets, omdat u vindt dat ze dat zelf moeten weten;
  - u doet niets omdat u het niet merkt;
  - anders, nl.:.....  
.....
- 

18. Welk registratiesysteem gebruikt u op het consultatiebureau?

- drieluikkaart
  - dossier jeugdgezondheidszorg
  - overgangsfase van drieluikkaart naar dossier jeugdgezondheidszorg
  - ander registratiesysteem, nl.....  
.....
-

## II INHOUD VAN HET CONSULTATIEBUREAU-WERK

19. Hieronder staan de taken aangegeven waarvan algemeen wordt aangenomen dat ze binnen het consultatiebureau dienen te worden uitgevoerd. Zou u van elk van deze taken willen aangeven welke persoon bij u op het consultatiebureau deze taken vervult? Indien genoemde taak niet op het consultatiebureau wordt uitgevoerd, kunt u dit aangeven.

Inhoudelijke taken van het consultatiebureau	de arts	de wijkverpleegkundige	zowel de arts als de wijkverpleegkundige	niet op CB
a. het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	0	0	0	0
b. het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	0	0	0	0
c. het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	0	0	0	0
d. het observeren van de ouder-kindrelatie	0	0	0	0
e. het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	0	0	0	0
f. het systematisch observeren van gedrag	0	0	0	0
g. het geven van gezondheidsvoorlichting	0	0	0	0
h. het geven van voedingsvoorlichting	0	0	0	0
i. het geven van opvoedingsvoorlichting	0	0	0	0
j. het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	0	0	0	0
k. het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	0	0	0	0
l. het doen van inentingen	0	0	0	0
m. het uitvoeren van de Ewing-test	0	0	0	0
n. het testen van het gezichtsvermogen	0	0	0	0
o. het uitvoeren van de BOEL-test	0	0	0	0
p. registratie	0	0	0	0
q. huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	0	0	0	0
r. meten en wegen	0	0	0	0
s. medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	0	0	0	0

20. Wilt u over dezelfde taken als genoemd in vraag 19 nu aangeven door welke persoon binnen het consultatiebureau deze taken volgens u uitgevoerd behoren te worden? Indien u van een taak vindt dat deze buiten het werkkterrein van het consultatiebureau valt, kunt u dit aangeven.

Inhoudelijke taken van het consultatiebureau	de arts	de wijk-verpleegkundige	zowel de arts als de wijkverpleegkundige	niet op CB
a. het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	0	0	0	0
b. het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	0	0	0	0
c. het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	0	0	0	0
d. het observeren van de ouder-kind-relatie	0	0	0	0
e. het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	0	0	0	0
f. het systematisch observeren van gedrag	0	0	0	0
g. het geven van gezondheidsvoorlichting	0	0	0	0
h. het geven van voedingsvoorlichting	0	0	0	0
i. het geven van opvoedingsvoorlichting	0	0	0	0
j. het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	0	0	0	0
k. het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	0	0	0	0
l. het doen van inentingen	0	0	0	0
m. het uitvoeren van de Ewing-test	0	0	0	0
n. het testen van het gezichtsvermogen	0	0	0	0
o. het uitvoeren van de BOEL-test	0	0	0	0
p. registratie	0	0	0	0
q. huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	0	0	0	0
r. meten en wegen	0	0	0	0
s. medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	0	0	0	0

Indien U geen consultatiebureau-werk doet, kunt U doorgaan met vraag 23



---

21. Op welke wijze is de door u in vraag 19 aangegeven taakverdeling tot stand gekomen?

- door duidelijke werkafspraken te maken;
- is zo gegroeid;
- is mij niet bekend;
- anders, nl.:.....
- .....

---

22. Zijn er bij u op het bureau knelpunten aan te wijzen over de inhoudelijke taakverdeling? (Meerdere antwoorden mogelijk.)

- nee
  - ja, er is meningsverschil over een aantal taken of de wijkverpleegkundige deze wel zelfstandig kan uitvoeren, nl.:.....
  - ja, er is meningsverschil over of de inhoudelijke taakverdeling dient te worden aangepast aan ervaring en opleidingsniveau van de wijkverpleegkundige.
  - ja, of de arts de eindverantwoordelijkheid dient te dragen voor de door de wijkverpleegkundige zelfstandig uitgevoerde taken.
  - ja, omdat taakverdeling niet altijd efficiënt is.
  - ja, anders, nl.:.....
  - .....
-

23. Hieronder volgen een aantal uitspraken waarin opvattingen aan de orde komen over de inhoud en uitvoering van taken binnen het consultatiebureau. Wilt u aangeven in hoeverre u het met deze uitspraken eens of oneens bent.

	zeer mee eens	mee eens	deels mee eens/ deels mee oneens	mee oneens	zeer mee oneens
a. het CB heeft duidelijk preventieve waarde	0	0	0	0	0
b. voor ouders is de begeleiding welke hen via het CB wordt gegeven onmisbaar	0	0	0	0	0
c. ouders dienen zich te houden aan de aanwijzingen die op het CB worden gegeven	0	0	0	0	0
d. het maakt voor mij geen verschil of de wijkverpleegkundige de kinderen die op CB komen wel of niet kent door huisbezoek(en)	0	0	0	0	0
e. arts en wijkverpleegkundige hebben op het CB naast de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ieder hun eigen verantwoordelijkheden	0	0	0	0	0
f. veel van de preventieve taken op het CB kunnen door de wijkverpleegkundige worden vervuld i.p.v. door een arts	0	0	0	0	0
g. door de huisbezoeken heeft de wijkverpleegkundige meer informatie over het sociale milieu van het kind dan de huisarts	0	0	0	0	0
h. voor een wijkverpleegkundige is CB-werk een belangrijk en substantieel onderdeel van haar werk	0	0	0	0	0
i. een wijkverpleegkundige dient per jaar minimaal een bepaald aantal uren CB te doen om voldoende routine te krijgen en te behouden	0	0	0	0	0
j. een huisarts dient een minimaal aantal kinderen per jaar op CB te zien om routine te krijgen en te behouden	0	0	0	0	0
k. om goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in zijn praktijk moet een huisarts zelf het zuigelingen-CB doen	0	0	0	0	0
l. een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit zijn praktijk zelf CB te doen	0	0	0	0	0
m. het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het consultatiebureauwerk	0	0	0	0	0
n. systematische VTO is meer een taak voor speciaal opgeleide consultatiebureau-artsen dan voor huisartsen	0	0	0	0	0
o. een speciaal opgeleide CB-arts denkt te snel dat er van afwijkingen bij een kind sprake is	0	0	0	0	0

Indien U geen consultatiebureauwerk doet, kunt U doorgaan met vraag 41 op pagina 13

### III BUREAU NIEUWE STIJL

Er is tegenwoordig vaak sprake van consultatiebureau's 'nieuwe stijl', zowel voor zuigelingen als voor kleuters. In algemene zin betekent dit dat de wijkverpleegkundige zelfstandig consulten doet op het consultatiebureau. Ook worden er groepsconsultatiebureau's gehouden, welke in hun opzet afwijken van het bekende consultatiebureau.

Indien u deel uitmaakt van één of andere **nieuwe** vorm van consultatiebureau houden, wilt u dan s.v.p. de volgende vragen-cluster beantwoorden.

Indien u niet verbonden bent aan een bureau 'nieuwe stijl' kunt u doorgaan met vraag 29 op pag. 10.

24. Kunt u hieronder aangeven hoe de consult **verdeling** bij u ligt: voor de zuigelingen over de periode dat deze het zuigelingenbureau bezoeken, voor de kleuters over de periode dat deze het kleuterbureau bezoeken.

	zuigelingen	kleuters
aantal consulten door arts geleid;	.....	.....
aantal consulten door wijkverpleegkundige geleid;	.....	.....
aantal consulten door arts en wijkverpleegkundige samen geleid;	.....	.....
aantal consulten door andere discipline geleid,	.....	.....
nl.:.....	.....	.....

25. Zijn er behalve de consultverdeling nog andere aspecten bij u op het consultatiebureau nieuwe stijl die afwijken van de vroegere vorm?

nee  
 weet ik niet  
 ja, nl.:.....  
.....

26. Hoe zou u op grond van uw ervaringen met een bureau 'nieuwe stijl' deze wijze van consultatiebureau houden willen beoordelen?

positief  
 gematigd positief  
 positief noch negatief  
 gematigd negatief  
 negatief

27. Is de samenwerking binnen het consultatiebureauteam erdoor verbeterd?

ja  
 hetzelfde gebleven  
 nee  
 niet van toepassing, geen ervaring met andere vorm van CB

28. Zijn er nog specifieke knelpunten of pluspunten welke u naar voren wilt brengen over het bureau nieuwe stijl?

nee  
 ja, nl.:.....  
.....

IV SAMENWERKING EN COMMUNICATIE

29. Verwijzingen van u uit naam van het CB-team naar de huisarts kunnen gepaard gaan met toelichting op de gevonden afwijking. Omgekeerd kan er van de kant van de huisarts in meerdere of mindere mate sprake zijn van terugrapportage aan het CB-team over de gevolgde behandeling of verdere doorverwijzing. Wilt u hieronder aangeven in hoeverre er bij u van deze aspecten sprake is?

	meestal	nu en dan	zelden of nooit
toelichting van u bij verwijzing naar de huisarts	0	0	0
terugrapportage aan u door de huisarts	0	0	0

30. Hoe verlopen deze contacten over het algemeen in geval van verwijzing?

0 goed  
0 matig  
0 slecht

31. Wanneer een kind op verzoek van het consultatiebureau is doorverwezen naar één van de volgende disciplines, is er dan sprake van terugrapportage aan u hierover?

	altijd	regelmatig	soms	nooit	niet van toepassing*
kinderarts	0	0	0	0	0
KND-arts	0	0	0	0	0
orthopaed	0	0	0	0	0
andere specialist	0	0	0	0	0
audiologisch centrum	0	0	0	0	0
logopedist(e)	0	0	0	0	0
RIAGG	0	0	0	0	0
maatschappelijk werker	0	0	0	0	0
VTO-team	0	0	0	0	0
medisch kleuterdagverblijf	0	0	0	0	0
stichting spel en opvoedingsvoorziening	0	0	0	0	0
andere, nl.: .....	0	0	0	0	0

32. Hoe verlopen de contacten in het algemeen in geval van terugrapportage?

0 goed  
0 matig  
0 slecht

\* deze kolom alleen aankruisen indien niet naar de desbetreffende discipline wordt doorverwezen.

---

33. Zijn er problemen op het **organisatorische** vlak welke een goede kwaliteit van het consultatiebureau belemmeren? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

- ja, door de interne organisatie van het bureau, nl.:.....
- ja, door organisatorische regelingen van de (provinciale) kruisvereniging, nl.:.....
- ja, door collectieve besluiten van huisartsen verenigingen, nl.:.....
- ja, door andere oorzaken, nl.:.....
- nee

---

34. Hoe verloopt de samenwerking met de wijkverpleegkundige(n) bij u op het consultatiebureau?

- overleg direct tijdens het CB
- overleg op vaste tijden aansluitend op het CB
- overleg op vaste tijden niet aansluitend op het CB
- overleg alleen indien hoogst noodzakelijk
- weinig overleg
- anders, nl.:.....

---

35. Bent u tevreden over de kwaliteit van de samenwerking met de wijkverpleegkundige(n) op het consultatiebureau of zijn er knelpunten die de samenwerking bemoeilijken? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk indien u met verschillende wijkverpleegkundigen consultatiebureau doet.)

- de samenwerking is goed
- de samenwerking is redelijk
- de samenwerking is niet goed, omdat de wijkverpleegkundige zich niet aan de gemaakte afspraken houdt
- de samenwerking is niet goed, omdat ik me niet aan de gemaakte afspraken houdt
- de samenwerking is niet goed, omdat we niet goed met elkaar overweg kunnen
- de samenwerking is niet goed om andere reden(en), nl.:.....

36. Is er volgens u tijdens uw artsopleiding voldoende aandacht besteed aan consultatiebureauwerk voor zuigelingen en kleuters?

- ja
  - nee
- 

37. Heeft u een speciale opleiding gevolgd voor uw werk als consultatiebureau-arts?

- nee
  - ja, de opleiding sociale geneeskunde
  - ja, een applicatiecursus JGZ
  - ja, anders, nl.:  
.....
  - .....
- 

38. Heeft u bij- of nascholing gehad ten behoeve van het consultatiebureauwerk?

- nee
  - ja, via de volgende cursussen:  
.....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
- 

39. Hoe vaak denkt u als huisarts aan na- en bijscholingscursussen voor consultatiebureauwerk deel te moeten nemen?

- helemaal niet
  - ieder jaar
  - iedere 2 jaar
  - iedere 5 jaar
  - naar behoefte
- 

40. Is er voldoende aanbod bij u in de omgeving van na- of bijscholingscursussen voor huisartsen die consultatiebureau doen?

- ja
  - nee
-

VI ALGEMENE GEGEVENS

---

41. Wat is uw leeftijd?

....jaar

---

42. Wat is uw geslacht?

- vrouw
  - man
- 

43. In welk jaar bent u als arts afgestudeerd?

19..

---

44. Hoe lang bent u reeds als huisarts werkzaam?

....jaar

---

Vraag 45 t/m 50 alleen invullen indien u geen consultatiebureauwerk doet.

45. Kunt hieronder aangeven om welke reden(en) u geen consultatiebureauwerk (meer) doet?  
(Er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- CB-werk is weinig zinvol;
  - er gebeurt veel overbodigs op het CB;
  - ik twijfel aan de preventieve werking van het CB;
  - de huisartsenopleiding is er niet op gericht;
  - het is beter het zuigelingenbureau over te laten aan speciale consultatiebureau-artsen;
  - het is beter het kleuterbureau over te laten aan speciale consultatiebureau-artsen;
  - de samenwerking met de wijkverpleegkundigen is niet goed;
  - ik heb er geen tijd voor;
  - ik heb weinig zuigelingen in mijn praktijk
  - omdat de kruisvereniging het niet toestaat
  - anders, nl.:.....
- 

46. Met hoeveel consultatiebureau-artsen heeft u te maken vanwege de kinderen van 0-4 jaar uit uw eigen praktijk?

.....

---

47. "Verwijzingen" van de consultatiebureau-arts aan u als huisarts kunnen gepaard gaan met een toelichting op de gevonden afwijking. Omgekeerd kan er van uw kant in meerdere of mindere mate sprake zijn van terugrapportage aan de consultatiebureau-arts over de gevolgde behandeling. Wilt u hieronder aangeven in hoeverre er van deze aspecten sprake is en wel apart voor de verschillende artsen die consultatiebureau houden.

	meestal	zo nu en dan	zelden of nooit
- toelichting bij verwijzing van de CB arts, die géén huisarts is, aan u:	0	0	0
- toelichting bij verwijzing van de huisarts die CB doet:	0	0	0
- terugrapportage van u aan de CB arts, niet huisarts:	0	0	0
- terugrapportage van u aan de huisarts die CB doet:	0	0	0
eventuele opmerkingen:.....			
.....			
.....			
.....			

48. Hoe verlopen deze contacten in geval van verwijzing?

	goed	matig	slecht
met de huisarts die CB doet	0	0	0
met de CB-arts - niet huisarts	0	0	0

49. Hoe verlopen deze contacten in geval van terugrapportage?

	goed	matig	slecht
met de huisarts die CB doet	0	0	0
met de CB-arts - niet huisarts	0	0	0

50. Wat vindt u van de opmerking: "consultatiebureau-artsen - niet huisarts verwijzen vaker onnodig door dan huisartsen die consultatiebureau doen"?

- 0 mee eens
- 0 deels mee eens, deels mee oneens
- 0 mee oneens

Als u opmerkingen heeft over sommige vragen of over de vragenlijst, dan kunt u deze hieronder noteren.

HARTELIJKE DANK VOOR UW MEDEWERKING



# de zorg voor zuigelingen en kleuters

enquête  
wijkverpleegkundigen

Inlichtingen:

T. Vorst - Thijssen, telefoon: 030 - 31 99 46

## TOELICHTING

Voor alle duidelijkheid willen we vooraf graag de volgende opmerkingen maken:

- Gezien het inventariserende karakter van het onderzoek is het de bedoeling dat Uw antwoorden de **feitelijke** situatie op het consultatiebureau weergeven, hoe uniek of afwijkend deze situatie naar Uw idee ook is.
- Behalve vragen over consultatiebureaus bevat deze vragenlijst ook een aantal vragen over de situatie in Uw wijk. Deze zijn van belang om meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen de zorg binnen en buiten de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen.
- Wilt U de vragenlijst zo **volledig** mogelijk invullen?  
Er zijn drie soorten vragen:
  1. Bij de meeste vragen is maar **één antwoord** mogelijk. U kunt dan het antwoord dat voor U van toepassing is aankruisen.
  2. Bij sommige vragen zijn **meerdere antwoorden** mogelijk. Dit staat bij de desbetreffende vragen aangegeven. U kunt dan meerdere antwoorden aankruisen.
  3. In enkele gevallen verzoeken wij U een **open vraag** te beantwoorden. U kunt Uw antwoord dan op het stippelijntje invullen.

Wilt U a.u.b. **geén vragen overslaan**, behalve in die gevallen waar dit duidelijk is aangegeven?

- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor het maken van aanvullende opmerkingen.

Na het invullen kunt U de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolpette doen, **dichtplakken** en graag meteen naar ons terug sturen.

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

# I PRAKTIJKSITUATIE

---

1. Werkt u binnen een samenwerkingsverband?

- nee, alleen in een basiseenheid
  - ja, binnen een home-team\*
  - ja, ik ben gedetacheerd bij een gezondheidscentrum
- 

2. Hoe bent u werkzaam?

- all-round
  - specifiek (werkzaam op slechts een of enkele zorggebieden), binnen de volgende zorggebieden:  
.....  
.....  
.....
  - gedifferentieerd (naast het all-round werk één specifieke taak binnen het team), met als specifieke taak:  
.....  
.....  
.....
- 

3. Hoeveel zuigelingen en hoeveel kleuters heeft u op dit moment in uw wijk?

aantal zuigelingen:.....  
aantal kleuters:.....

---

4. Welke leeftijdsgrenzen worden bij u voor de consultatiebureaus gehanteerd?

zuigelingenbureau	kleuterbureau
<input type="checkbox"/> t/m 12 maanden	<input type="checkbox"/> tot 4 jaar
<input type="checkbox"/> t/m 13 maanden	<input type="checkbox"/> tot 4,5 jaar
<input type="checkbox"/> t/m 14 maanden	<input type="checkbox"/> tot 5 jaar
<input type="checkbox"/> t/m 15 maanden	<input type="checkbox"/> anders, nl.:.....
<input type="checkbox"/> anders, nl.:.....	.....

---

5. Legt u algemene zuigelingen- en kleuterhuisbezoeken af voorafgaand aan of in aansluiting op het consultatiebureaubezoek?

	ja	nee
algemeen zuigelingenhuisbezoek(en)	0	0
algemeen kleuterhuisbezoek(en)	0	0

---

6. Hoeveel van dergelijke algemene huisbezoeken legde u in 1985 ongeveer af per kind?

..... per zuigeling van het CB  
..... per kleuter van het CB

---

\* Een home-team, ook wel eerstelijns-overleg genoemd, is een samenwerkingsverband (zonder gezamenlijke huisvesting) waarin tenminste de hulpverleners uit de kerndisciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk participeren. Deze komen op zijn minst één keer per maand bij elkaar om de hulpverlening aan gezamenlijke patiënten op elkaar af te stemmen.

7. Hoeveel consultatiebureauzittingen voor zuigelingen en kleuters houdt u per maand? Wat is het totaal aantal uren\* dat u per maand besteedt aan deze bureaus?

	zuigelingenbureau	kleuterbureau	gemengd bureau
aantal CB-zittingen	.....	.....	.....
totaal aantal uren per maand	.....	.....	.....

8. Hoeveel tijd besteedt u aan nabespreking over de consultatiebureauzittingen?

0 niet van toepassing, we houden geen nabesprekingen  
 0 .....minuten per maand over de gemengde CB's (indien u geen aparte zittingen houdt voor zuigelingen en kleuters)  
 0 .....minuten per maand over de zuigelingen-CB's  
 0 .....minuten per maand over de kleuter-CB's

9. Welke kinderen komen bij u op het consultatiebureau? Kunt u dit apart (indien van toepassing) aangeven voor zuigelingen en kleuters?

	zuigelingen	kleuters
0 alleen kinderen uit mijn eigen wijk	0	0
0 zowel kinderen uit mijn eigen wijk als uit de wijk(en) van collega's uit dezelfde basiseenheid	0	0
0 andere, nl.: .....	0	0
.....	0	0

10. Met welke arts(en) werkt u samen in het consultatiebureau? Kunt u dit apart (indien van toepassing) voor zuigelingen- en kleuterbureau aangeven? Kunt u tevens aangeven om hoeveel verschillende artsen het gaat? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk indien u aan verschillende consultatiebureaus verbonden bent.)

	zuigelingen- bureau	aantal artsen	kleuter- bureau	aantal artsen	gemengd bureau	aantal artsen
a. met één of meerdere CB-artsen	0	.....	0	.....	0	.....
b. met één of meerdere huisartsen uit gezondheidscentrum of home-team:	0	.....	0	.....	0	.....
c. met één of meerdere huisartsen waarmee u samenwerkt, echter niet in gezondheidscentrum of home-team verband:	0	.....	0	.....	0	.....
d. met één of meerdere huisartsen waarmee u verder niet samenwerkt:	0	.....	0	.....	0	.....

11. Hoeveel kinderen ziet u gemiddeld op één consultatiebureauzitting?

op het zuigelingenbureau: aantal zuigelingen:.....  
 op het kleuterbureau: aantal kleuters:.....  
 op het gemengde bureau: aantal zuigelingen:.....  
 aantal kleuters:.....

\* Wilt u hier **alleen** het aantal uren aangeven waarop u zitting houdt op het consultatiebureau, dus exclusief voorbereidingstijd en nabespreking.

---

12. Hoe lang duurt gemiddeld een contact van u met zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau?

contactduur zuigeling.....min. (alleen invullen als u zelf zuigelingenbureau doet)  
contactduur kleuter.....min. (alleen invullen als u zelf kleuterbureau doet)

---

13. Hoe vaak bezoeken zuigelingen en kleuters in de regel het consultatiebureau?

aantal maal:  
in de zuigelingenperiode:.....  
in het tweede levensjaar:.....  
in het derde levensjaar:.....  
in het vierde levensjaar:.....

---

14. Kunt u ongeveer aangeven hoeveel van de zuigelingen en kleuters uit Uw consultatiebureaubestand in 1985 geen consultatiebureau bezocht hebben?

aantal zuigelingen .....  
aantal kleuters .....

---

15. Wat doet u als u merkt dat ouders niet met hun kind naar het consultatiebureau gaan? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

U probeert ze van het nut van het CB te overtuigen door een extra huisbezoek;  
 U probeert ze van het nut van het CB te overtuigen door telefonische of schriftelijke herinnering;  
 U doet niets, omdat 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, nl.:.....  
.....

---

16. Wat is voor u de reden geweest om consultatiebureau te gaan doen? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

ik vind het leuk om met kinderen te werken  
 ik ben gedetacheerd in een samenwerkingsverband waar het bij je taak hoort  
 in onze basiseenheid doet iedere wijkverpleegkundige CB  
 je leert de gezinnen uit je wijk beter kennen  
 CB-werk is zinvol uit oogpunt van preventie  
 anders, nl.:.....  
.....

---

17. Welk registratiesysteem gebruikt u op het consultatiebureau?

drieluikkaart  
 dossier jeugdgezondheidszorg  
 overgangsfase van drieluikkaart naar dossier jeugdgezondheidszorg  
 ander registratiesysteem, nl.....  
.....

---

18. Wordt er in uw wijk de Ewing-test gedaan?

- 0 nee
- 0 ja, op speciale Ewing-zittingen door mijzelf
- 0 ja, op speciale Ewing-zittingen door andere wijkverpleegkundige
- 0 ja, anders, nl.:.....

19. Worden er bij u in de wijk gespreksgroepen of cursussen georganiseerd voor aanstaande ouders of ouders van zuigelingen, peuters of kleuters?

	a.s. ouders	zuigelingen	peuters/kleuters
ja	0	0	0
nee	0	0	0

Indien u deze vraag volledig met 'nee' heeft beantwoord, kunt u verder gaan met vraag 23

20. Kunt u aangeven welke activiteiten u verricht in het kader van deze oudergespreksgroepen of cursussen? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

	a.s. ouders	zuigelingen	peuters/kleuters
voorbereiding van de cursus/gespreksgroep	0	0	0
alleen of samen met andere(n) de leiding hebben	0	0	0
evaluatie van de cursus/gespreksgroep	0	0	0
'slechte' aanwezig zijn tijdens de bijeenkomsten	0	0	0
andere activiteiten, nl.:.....	0	0	0
.....			
.....			

21. Aan hoeveel van deze cursussen/gespreksgroepen heeft u het afgelopen jaar meegewerkt?

	a.s. ouders	zuigelingen	peuters/kleuters
aantal	.....	.....	.....
aantal bijeenkomsten per cursus	.....	.....	.....

22. Van hoeveel kinderen nemen er gemiddeld ouder(s) deel per gespreksgroep of cursus? (Indien beide ouders van één kind deelnemen geldt dit als één deelnemer.)

	a.s. ouders	zuigelingen	peuters/kleuters
gemiddeld aantal	.....	.....	.....

## II INHOUD VAN HET CONSULTATIEBUREAU-WERK

23. Hieronder staan de taken aangegeven waarvan algemeen wordt aangenomen dat ze binnen het consultatiebureau dienen te worden uitgevoerd. Zou u van elk van deze taken willen aangeven welke persoon bij u op het consultatiebureau deze taken vervult? Indien genoemde taak niet op het consultatiebureau wordt uitgevoerd, kunt u dit aangeven.

Inhoudelijke taken van het consultatiebureau	de arts	de wijkverpleegkundige	zowel de arts als de wijkverpleegkundige	niet op CB
a. het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	0	0	0	0
b. het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	0	0	0	0
c. het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	0	0	0	0
d. het observeren van de ouder-kind relatie	0	0	0	0
e. het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	0	0	0	0
f. het systematisch observeren van gedrag	0	0	0	0
g. het geven van gezondheidsvoorlichting	0	0	0	0
h. het geven van voedingsvoorlichting	0	0	0	0
i. het geven van opvoedingsvoorlichting	0	0	0	0
j. het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	0	0	0	0
k. het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	0	0	0	0
l. het doen van inentingen	0	0	0	0
m. het uitvoeren van de Ewing-test	0	0	0	0
n. het testen van het gezichtvermogen	0	0	0	0
o. het uitvoeren van de BOEL-test	0	0	0	0
p. registratie	0	0	0	0
q. huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	0	0	0	0
r. meten en wegen	0	0	0	0
s. medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	0	0	0	0

24. Wilt u over dezelfde taken als genoemd in vraag 23 nu aangeven door welke persoon deze taken volgens u uitgevoerd behoren te worden? Indien u van een taak vindt dat deze buiten het werkterrein van het consultatiebureau valt, kunt u dit aangeven.

	de arts	de wijk- verpleeg- kundige	zowel de arts als de wijkverpleeg- kundige	niet op CB
a. het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	0	0	0	0
b. het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	0	0	0	0
c. het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	0	0	0	0
d. het observeren van de ouder-kind relatie	0	0	0	0
e. het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	0	0	0	0
f. het systematisch observeren van gedrag	0	0	0	0
g. het geven van gezondheidsvoorlichting	0	0	0	0
h. het geven van voedingsvoorlichting	0	0	0	0
i. het geven van opvoedingsvoorlichting	0	0	0	0
j. het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	0	0	0	0
k. het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	0	0	0	0
l. het doen van inentingen	0	0	0	0
m. het uitvoeren van de Ewing-test	0	0	0	0
n. het testen van het gezichtsvermogen	0	0	0	0
o. het uitvoeren van de BOEL-test	0	0	0	0
p. registratie	0	0	0	0
q. huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	0	0	0	0
r. meten en wegen	0	0	0	0
s. medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	0	0	0	0

25. Op welke wijze is de door u in vraag 23 aangegeven taakverdeling tot stand gekomen?

door duidelijke werkafspraken te maken;

is zo gegroeid;

is mij niet bekend;

anders, nl.:.....

.....



---

26. Zijn er bij u op het bureau knelpunten aan te wijzen over de inhoudelijke taakverdeling? (Meerdere antwoorden mogelijk.)

nee

ja, er is meningsverschil over een aantal taken of de wijkverpleegkundige deze wel zelfstandig kan uitvoeren, nl.:.....

ja, er is meningsverschil over of de inhoudelijke taakverdeling dient te worden aangepast aan ervaring en opleidingsniveau van de wijkverpleegkundige.

ja, of de arts de eindverantwoording dient te dragen voor de door mij zelfstandig uitgevoerde taken.

ja, omdat taakverdeling niet altijd efficiënt is.

ja, anders, nl.:.....

---

27. Hieronder volgen een aantal uitspraken waarin opvattingen aan de orde komen over de inhoud en uitvoering van taken binnen het consultatiebureau. Wilt u aangeven in hoeverre u het met deze uitspraken eens of oneens bent.

	zeer mee eens	mee eens	deels mee eens/ deels mee oneens	mee oneens	zeer mee oneens
a. het CB heeft duidelijk preventieve waarde	0	0	0	0	0
b. voor ouders is de begeleiding welke hen via het CB wordt gegeven onmisbaar	0	0	0	0	0
c. ouders dienen zich te houden aan de aanwijzingen die op het CB worden gegeven	0	0	0	0	0
d. het maakt voor mij geen verschil of de wijkverpleegkundige de kinderen die op CB komen wel of niet kent door huisbezoek(en)	0	0	0	0	0
e. arts en wijkverpleegkundige hebben op het CB naast de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ieder hun eigen verantwoordelijkheden	0	0	0	0	0
f. veel van de preventieve taken op het CB kunnen door de wijkverpleegkundige worden vervuld in plaats van door de arts	0	0	0	0	0
g. door de huisbezoeken heeft de wijkverpleegkundige meer informatie over het sociale milieu van het kind dan de arts	0	0	0	0	0
h. voor een wijkverpleegkundige is CB-werk een belangrijk en substantieel onderdeel van haar werk	0	0	0	0	0
i. een wijkverpleegkundige dient per jaar minimaal een bepaald aantal uren CB te doen om voldoende routine te krijgen en te behouden	0	0	0	0	0
j. een huisarts dient een minimaal aantal kinderen per jaar op CB te zien om routine te krijgen en te behouden	0	0	0	0	0
k. om goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in zijn praktijk moet een huisarts zelf het zuigelingen-CB doen	0	0	0	0	0
l. een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit zijn praktijk zelf CB te doen	0	0	0	0	0
m. het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het consultatiebureauwerk	0	0	0	0	0
n. systematische VTO is meer een taak voor speciaal opgeleide consultatiebureau-artsen dan voor huisartsen	0	0	0	0	0
o. een speciaal opgeleide CB-arts denkt te snel dat er van afwijkingen bij een kind sprake is	0	0	0	0	0

### III BUREAU NIEUWE STIJL

Er is tegenwoordig vaak sprake van consultatiebureau's 'nieuwe stijl', zowel voor zuigelingen als voor kleuters. In algemene zin betekent dit dat de wijkverpleegkundige zelfstandig consulten doet op het consultatiebureau. Ook worden er groepsconsultatiebureau's gehouden, welke in hun opzet afwijken van het bekende consultatiebureau.

Indien u deel uitmaakt van één of andere **nieuwe** vorm van consultatiebureau houden, wilt u dan s.v.p. de volgende vragen-cluster beantwoorden.

**Indien u niet verbonden bent aan een bureau 'nieuwe stijl' kunt u doorgaan met vraag 33 op pag.10.**

28. Kunt u hieronder aangeven hoe de consult **verdeling** bij u ligt: voor de zuigelingen over de periode dat deze het zuigelingenbureau bezoeken, voor de kleuters over de periode dat deze het kleuterbureau bezoeken.

	zuigelingen	kleuters
aantal consulten door arts geleid;	.....	.....
aantal consulten door wijkverpleegkundige geleid;	.....	.....
aantal consulten door arts en wijkverpleegkundige samen geleid;	.....	.....
aantal consulten door andere discipline geleid,	.....	.....
nl.:.....	.....	.....

29. Zijn er behalve de consultverdeling nog andere aspecten bij u op het consultatiebureau **nieuwe stijl** die afwijken van de vroegere vorm?

nee  
 weet ik niet  
 ja, nl.:.....  
.....

30. Hoe zou u op grond van uw ervaringen met een bureau 'nieuwe stijl' deze wijze van consultatiebureau houden willen beoordelen?

positief  
 gematigd positief  
 positief noch negatief  
 gematigd negatief  
 negatief

31. Is de samenwerking binnen het consultatiebureauteam erdoor verbeterd?

ja  
 hetzelfde gebleven  
 nee  
 niet van toepassing, geen ervaring met andere vorm van CB

32. Zijn er nog specifieke knelpunten of pluspunten welke u naar voren wilt brengen over het bureau **nieuwe stijl**?

nee  
 ja, nl.:.....  
.....

IV SAHENMERKING EN COMMUNICATIE

33. Verwijzingen van u uit naam van het CB-team naar de huisarts kunnen gepaard gaan met toelichting op de gevonden afwijking. Omgekeerd kan er van de kant van de huisarts in meerdere of mindere mate sprake zijn van terugrapportage aan het CB-team over de gevolgde behandeling of verdere doorverwijzing. Wilt u hieronder aangeven in hoeverre er bij u van deze aspecten sprake is?

	meestal	nu en dan	zelden of nooit
toelichting van u bij verwijzing naar de huisarts	0	0	0
terugrapportage aan u door de huisarts	0	0	0

34. Hoe verlopen deze contacten over het algemeen in geval van verwijzing?

- 0 goed
- 0 matig
- 0 slecht

35. Wanneer een kind op verzoek van het consultatiebureau is doorverwezen naar één van de volgende disciplines, is er dan sprake van terugrapportage aan u hierover?

	altijd	regelmatig	soms	nooit	niet van toepassing*
kinderarts	0	0	0	0	0
KNO-arts	0	0	0	0	0
orthopaed	0	0	0	0	0
andere specialist	0	0	0	0	0
audiologisch centrum	0	0	0	0	0
logopedist(e)	0	0	0	0	0
RIAGG	0	0	0	0	0
maatschappelijk werker	0	0	0	0	0
VTO-team	0	0	0	0	0
medisch kleuterdagverblijf	0	0	0	0	0
stichting spel en opvoedingsvoorzichting	0	0	0	0	0
anders, nl.:.....	0	0	0	0	0

36. Hoe verlopen de contacten in het algemeen in geval van terugrapportage?

- 0 goed
- 0 matig
- 0 slecht

\* deze kolom alleen aankruisen indien niet naar de desbetreffende discipline wordt doorverwezen.

---

37. Zijn er problemen op het **organisatorische** vlak welke een goede kwaliteit van het consultatiebureau belemmeren?

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

38. Hoe verloopt de samenwerking met de arts bij u op het consultatiebureau?

- overleg direct tijdens het CB
  - overleg op vaste tijden aansluitend op het CB
  - overleg op vaste tijden niet aansluitend op het CB
  - overleg alleen indien hoogst noodzakelijk
  - weinig overleg
  - anders, nl.:.....
- 

39. Bent u tevreden over de kwaliteit van de samenwerking met de arts(en) op het consultatiebureau of zijn er knelpunten die de samenwerking bemoeilijken? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk indien u met verschillende artsen consultatiebureau doet.)

- de samenwerking is goed
  - de samenwerking is redelijk
  - de samenwerking is niet goed, omdat de arts zich niet aan de gemaakte afspraken houdt
  - de samenwerking is niet goed, omdat ik me niet aan de gemaakte afspraken houdt
  - de samenwerking is niet goed, omdat we niet goed met elkaar overweg kunnen
  - de samenwerking is niet goed om andere reden(en), nl.:.....
  - .....
  - .....
  - .....
-

V OPLEIDING EN NASCHOLING

---

40. Wat is uw opleiding?

- A en/of B-verpleegkundige
- opleiding MGZ
- HBO-V-opleiding
- kaderopleiding
- anders, nl.:.....
- .....

---

41. Is er volgens u tijdens de door u gevolgde opleiding(en) voldoende aandacht besteed aan consultatiebureauwerk voor zuigelingen en kleuters?

- ja
- nee

---

42. Heeft u bij- of nascholing gehad ten behoeve van het consultatiebureauwerk?

- nee
- ja, via de volgende cursussen:  
.....  
.....  
.....  
.....

---

43. Hoe vaak denkt u als wijkverpleegkundige aan na- en bijscholingscursussen voor consultatiebureauwerk deel te moeten nemen?

- helemaal niet
- ieder jaar
- iedere 2 jaar
- iedere 5 jaar
- naar behoefte

---

44. Is er voldoende aanbod bij u in de omgeving van na- of bijscholingscursussen voor wijkverpleegkundigen die consultatiebureau doen?

- ja
  - nee
-

**VI ALGEMENE GEGEVENS**

---

45 Wat is uw leeftijd?

....jaar

---

46. Wat is uw geslacht?

0 vrouw

0 man

---

47 In welk jaar heeft u uw opleiding afgesloten?

.....

---

48. Hoe lang doet u reeds consultatiebureauwerk?

voor zuigelingen.....jaar

voor kleuters.....jaar

---

Als u opmerkingen heeft over sommige vragen of over de vragenlijst, dan kunt u deze hieronder noteren.

**HARTELIJKE DANK VOOR UW MEDEWERKING**





# de zorg voor zuigelingen en kleuters

## consumentenenquête

Inlichtingen:

T. Vorst - Thijssen, telefoon: 030 - 31 99 46

---

## TOELICHTING

Hieronder staan enkele aanwijzingen voor het invullen van de vragenlijst. Wilt U deze a.u.b. goed doorlezen voor U begint en alle vragen zo volledig mogelijk beantwoorden?

Er zijn drie soorten vragen:

1. Bij de meeste vragen is maar één antwoord mogelijk. U kunt dan het antwoord dat voor U van toepassing is aankruisen.
2. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Dit staat bij de desbetreffende vragen aangegeven. U kunt dan meerdere antwoorden aankruisen.
3. In enkele gevallen verzoeken wij U een open vraag te beantwoorden. U kunt Uw antwoord dan op de daartoe opengelaten ruimte invullen.

Wilt U a.u.b. géén vragen overslaan, behalve in die gevallen waar dit duidelijk is aangegeven?

- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor het maken van aanvullende opmerkingen.

Na het invullen kunt U de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolpde doen, dichtplakken en graag meteen naar ons terug sturen.

Tot slot willen we u nogmaals verzoeken de vragenlijst in te vullen voor dat kind waaraan de brief geadresseerd was. Juist dat kind is in de steekproef getrokken en niet een van uw andere kinderen, indien u die heeft.

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

---

---

1. Hoeveel kinderen heeft u en wanneer zijn deze geboren?

aantal:.....

geboortedatum:

1:.....

2:.....

3:.....

4:.....

5:.....

6:.....

---

2. Wat is de geboortedatum van het kind waarover u deze vragenlijst gaat invullen.

geboortedatum:.....

---

3.a. Indien u andere kinderen heeft ouder dan dit kind bent u daarmee indertijd naar het consultatiebureau geweest?

niet van toepassing, ik heb geen oudere kinderen

nee

ja, alleen naar het zuigelingenbureau

ja, alleen naar het kleuterbureau

ja, zowel naar het zuigelingen- als het kleuterbureau

b. Indien u toen één of beide bureaus niet heeft bezocht wat was daarvoor de reden?

---

Deze vraag alleen invullen als uw kind jonger is dan 13 maanden.

---

4.a. Bezoekt u momenteel met uw kind een consultatiebureau voor zuigelingen?

ja

nee

b. Indien u 'ja' heeft geantwoord hoe vaak bent u daar tot nu toe geweest?

.....maal

---

c. Indien u 'nee' heeft geantwoord, zouden we graag willen weten, **waarom** u het consultatiebureau niet bezoekt. Wilt u daarom bij **alle** onderstaande redenen de 'ja' aankruisen, als dit op u van toepassing is en de 'nee', als dit niet het geval is.

	ja	nee
- ik heb het te druk, ik heb geen tijd	0	0
- ik vind de bezoeken niet nodig, het kind is toch wel gezond	0	0
- ik moet te lang wachten	0	0
- het bureau is te ver weg	0	0
- het is een inbreuk op mijn privéleven, de opvoeding gaat alleen mij iets aan	0	0
- men heeft te weinig tijd voor mij op het bureau	0	0
- men luistert niet goed naar mij	0	0
- ik kan slecht met de bureauarts overweg	0	0
- ik kan slecht met de wijkverpleegkundige overweg	0	0
- mijn ideeën over voeding en/of opvoeding komen niet overeen met die van de arts en/of wijkzuster	0	0
- de tijd op de oproepkaart komt me vaak niet uit	0	0
- ik heb negatieve verhalen van anderen gehoord	0	0
- ik heb slechte ervaringen met mijn andere kinderen	0	0
- het kind is elders onder controle	0	0
- ik ben verhuïd	0	0
- andere redenen:		

---

Deze vraag alleen invullen als uw kind ouder is dan 12 maanden

---

5.a. Bezoekt u met uw kind een consultatiebureau voor peuters of kleuters tot 4 jaar?

- 0 nog niet, maar ik ga er wel heen  
 0 ja  
 0 nee

b. Indien u 'nog niet' heeft geantwoord, bent u dan wel op het zuigelingenconsultatiebureau geweest?

- 0 ja  
 0 nee

Zo ja, kunt u zeggen hoe vaak?  
 .....maal

c. Indien u 'ja' heeft geantwoord, hoe vaak bent u daar het afgelopen jaar geweest?

.....maal

---

---

d. Indien u bij vraag a of b 'nee' heeft geantwoord, zouden we graag willen weten, waarom u het consultatiebureau niet bezoekt of bezocht heeft. Wilt u daarom bij alle onderstaande redenen de 'ja' aankruisen, als dit op u van toepassing is en de 'nee', als dit niet het geval is.

	ja	nee
- ik heb het te druk, ik heb geen tijd	0	0
- ik vind de bezoeken niet nodig, het kind is toch wel gezond	0	0
- ik moet te lang wachten	0	0
- het bureau is te ver weg	0	0
- het is een inbreuk op mijn privéleven, de opvoeding gaat alleen mij iets aan	0	0
- men heeft te weinig tijd voor mij op het bureau	0	0
- men luistert niet goed naar mij	0	0
- ik kan slecht met de bureauarts overweg	0	0
- ik kan slecht met de wijkverpleegkundige overweg	0	0
- mijn ideeën over voeding en/of opvoeding komen niet overeen met die van de arts en/of wijkzuster	0	0
- de tijd op de oproepkaart komt me vaak niet uit	0	0
- ik heb negatieve verhalen van anderen gehoord	0	0
- ik heb slechte ervaringen met mijn andere kinderen	0	0
- het kind is elders onder controle	0	0
- ik ben verhuisd	0	0
- andere redenen:		

---

Indien u vraag 4 of 5 met nee heeft beantwoord omdat u geen consultatiebureau bezoekt, zou het prettig zijn als u de vragen 37 t/m 42 nog wilt beantwoorden. De rest van de vragen kunt u dan overslaan.

---

6. Hoe vindt u het afsprakenstelsel van het consultatiebureau?

- 0 goed
- 0 matig
- 0 slecht

Wilt u uw antwoord a.u.b. toelichten:

---

---

7.a. Hoe lang moet u in het algemeen wachten voor u aan de beurt bent?

- korter dan 15 minuten
- 15 à 30 minuten
- 30 à 45 minuten
- langer dan 45 minuten
- anders, nl.:

b. Wat vindt u van deze wachttijden? U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

- normaal
- aan de lange kant
- hinderlijk lang
- niet vervelend
- plezierig vanwege contacten met andere ouders

---

8.a. Heeft u in verband met het consultatiebureaubezoek huisbezoek gehad van een wijkverpleegkundige?

- nee
- ja, alleen vlak na de bevalling
- ja, af en toe

b. Wat is uw oordeel over deze huisbezoeken? U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

- zinvol
- prettig
- matig
- overbodig
- niet prettig
- zinloos

---

9.a. Heeft u ooit tussentijds naar het consultatiebureau gebeld?

- ja
- nee

b. Indien u gebeld heeft, werd u toen naar tevredenheid geholpen?

- ja
  - nee, omdat:
-

---

10. Hoe ervaart u het contact op het consultatiebureau met de arts?

- niet zo prettig omdat zij/hij me niet zo ligt
- als ondersteunend
- als vertrouwelijk
- als betuttelend
- als oppervlakkig
- als uit de hoogte
- als prettig
- als terughoudend

U kunt meerdere antwoorden aankruisen

---

11. Hoe ervaart u het contact op het consultatiebureau met de wijkverpleegkundige?

- niet zo prettig omdat zij/hij me niet zo ligt
- als ondersteunend
- als vertrouwelijk
- als betuttelend
- als oppervlakkig
- als uit de hoogte
- als prettig
- als terughoudend

U kunt meerdere antwoorden aankruisen

---

12. Geven de arts en de wijkverpleegkundige u wel eens verachtende adviezen?

- ja, regelmatig
  - ja, soms
  - nee, nooit
- 

13.a. Als de dokter uw kind onderzoekt, legt hij/zij uit wat hij/zij doet en waarom?

- ja
- nee

b. Indien 'ja', vindt u dit dan voldoende of niet?

- te veel
  - voldoende
  - te weinig
-

---

14. Was u voor u het consultatiebureau ging bezoeken op de hoogte van doel en werkwijze ervan?

- ja  
 gedeeltelijk  
 nee

Zo ja, van wie wist u dat? Van de:  huisarts  
 wijkverpleegkundige  
 familie of kennissen  
 anders, nl.:

---

15. Kunt u bij onderstaand rijtje aangeven welke redenen voor u hebben meegespeeld bij uw beslissing om naar het consultatiebureau te gaan? En hoe belangrijk is elk van deze redenen voor u?

	zeer belang- rijk	belang- rijk	van weinig belang	on- belang- rijk	niet van toe- passing
Ik ga naar het consultatiebureau omdat:					
- ik behoefte heb aan steun bij het grootbrengen van mijn kind	0	0	0	0	0
- ik er vragen kan stellen over de voeding van mijn kind	0	0	0	0	0
- ik er vragen kan stellen over de ontwikkeling van mijn kind	0	0	0	0	0
- ik er vragen kan stellen over het gedrag van mijn kind	0	0	0	0	0
- ik wil weten of mijn kind goed gezond is	0	0	0	0	0
- ik wil weten of mijn kind goed groeit	0	0	0	0	0
- ik wil weten of mijn kind zich goed ontwikkelt	0	0	0	0	0
- het verplicht is	0	0	0	0	0
- ik wel eens onzeker ben en wil horen of ik het goed doe	0	0	0	0	0
- mijn kind er wordt ingeënt	0	0	0	0	0
- mijn kind er regelmatig wordt onderzocht	0	0	0	0	0
- het gehoor van mijn kind er wordt nagekeken	0	0	0	0	0
- ik er andere ouders met kinderen kan ontmoeten	0	0	0	0	0
- de artsen en verpleegkundigen daar deskundig zijn	0	0	0	0	0
- het tijdstip van het bureau mij goed uitkomt	0	0	0	0	0
- het bureau voor mij goed te bereiken is	0	0	0	0	0
- andere reden, nl.:					

---



16. Hieronder staan een aantal punten genoemd waaraan men op het consultatiebureau aandacht zou kunnen besteden. Kunt u per onderwerp aangeven of er naar uw mening teveel, voldoende of te weinig aandacht aan wordt besteed.

	te veel	voldoende	te weinig
a. voedingsadviezen	0	0	0
b. medisch onderzoek	0	0	0
c. persoonlijke aandacht voor u als ouders	0	0	0
d. aandacht voor de ontwikkeling van uw kind	0	0	0
e. aandacht voor de gezinssituatie	0	0	0
f. opvoedkundige adviezen	0	0	0

- 17.a. In het groeiboekje\* staat allerlei informatie over uw kind. Heeft u dit boekje gekregen?

nee  
 ja

- b. Zo ja, heeft u het ook gebruikt?

nee  
 een beetje  
 ja, alleen in het begin  
 ja, regelmatig

18. Ook op het consultatiebureau wordt u allerlei informatie gegeven, onder andere over de hieronder genoemde onderwerpen. Kunt u per onderwerp aangeven of u deze informatie voldoende vindt of niet?

	te veel	voldoende	te weinig
a. veiligheid	0	0	0
b. groei en ontwikkeling	0	0	0
c. voeding	0	0	0
d. 'babykwaaltjes'	0	0	0
e. verzorging van uw kind	0	0	0
f. inentingen	0	0	0
g. opvoeding	0	0	0
h. gehoortest	0	0	0
i. gebruik van medicijnen	0	0	0

19. Vindt u dat u als ouder(s) zelf kunt beoordelen of er iets mis is met uw kind?

ja  
 gedeeltelijk  
 nee, het oordeel van de arts is voor mij doorslaggevend  
 nee, het oordeel van de wijkverpleegkundige is voor mij doorslaggevend  
 nee, het oordeel van de arts én de wijkverpleegkundige is voor mij doorslaggevend

\* Het groeiboekje is ontwikkeld door het Bureau Gezondheidsvoorlichting Den Haag en wordt momenteel op veel plaatsen in het land gebruikt.

---

20. Geven de arts en de wijkverpleegkundige informatie en adviezen over dingen die u eigenlijk wel wist?

- ja, vaak
- soms
- nee, nooit

---

21.a. Heeft de arts van het consultatiebureau ook een huisartsenpraktijk of werkt hij/zij alleen als consultatiebureau-arts?

- de arts is ook huisarts
- de arts is alleen consultatiebureau-arts
- weet ik niet

b. Als de consultatiebureau-arts huisarts is, is het dan uw eigen huisarts?

- ja
- nee, maar hij/zij werkt wel op het gezondheidscentrum waar ik kom
- nee, maar hij/zij werkt wel met mijn huisarts samen
- nee, ik zie hem/haar alleen op het consultatiebureau

---

22.a. Als u kon kiezen welke arts u op het consultatiebureau zou zien, voor wie zou u dan kiezen?

- uw huisarts
- een speciale consultatiebureau-arts

b. Kunt u aangeven wat de reden is voor deze keuze? U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

- mijn huisarts, want die ken ik al
- ik wil liever een andere arts dan mijn huisarts
- een speciale consultatiebureau-arts weet meer van kinderen
- mijn huisarts kent mijn gezin
- een andere reden, nl.:

---

23. Op het consultatiebureau wordt het werk gedaan door een arts en een verpleegkundige. Ziet u de arts en de verpleegkundige altijd allebei wanneer u op het bureau bent?

- ja, altijd allebei
- nee, alleen de wijkverpleegkundige wel eens apart
- nee, zowel de arts als wijkverpleegkundige wel eens apart

---

Indien u 'ja' heeft geantwoord, kunt u doorgaan naar vraag 27.

---

---

24. Indien u de arts of de wijkverpleegkundige wel eens alleen ziet, weet u dan van tevoren met wie u een afspraak heeft als u naar het bureau gaat?

- dat weet ik  altijd  
 meestal wel  
 meestal niet  
 nooit

---

25. Wat vindt u ervan dat u af en toe alleen de arts of alleen de wijkverpleegkundige spreekt op het consultatiebureau? U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

- niet prettig, ik wil graag iedere keer een arts zien  
 het maakt mij niet uit  
 niet prettig omdat ze soms verachillende adviezen geven  
 prettig, arts en wijkverpleegkundige letten op verachillende dingen  
 prettig, omdat ze meer tijd en aandacht voor je hebben  
 onnodig, een aantal zaken wordt nu twee keer besproken  
 prettig, omdat ik maar met één persoon tegelijk behoef te praten  
 het is rustiger voor mij en voor mijn kind

---

26.a. Bent u vroeger al eens op een consultatiebureau geweest waar deze taakverdeling niet was?

- ja  
 nee

b. Indien ja, kunt u dan aangeven welke vorm van consultatiebureau u prettiger vindt?

- altijd zowel met de arts als met de verpleegkundige  
 af en toe alleen met de arts of de verpleegkundige

c. Kunt u aangeven waarom?

---

27. Hoe bevalt het consultatiebureaubezoek u in het algemeen?

- goed  
 matig  
 slecht

Wilt u uw antwoord a.u.b. toelichten:

---

---

28. Hieronder staan enkele korte vragen over uw contacten met de arts en de verpleegkundige. Wilt u voor elk van deze vragen **apart** een antwoord aankruisen?

	ja	betrekkelijk	nee
Vindt u dat de arts voldoende tijd voor u heeft?	0	0	0
Vindt u dat de verpleegkundige voldoende tijd voor u heeft?	0	0	0
Vindt u dat de arts uw kind goed en compleet onderzoekt?	0	0	0
Vindt u dat de verpleegkundige goed luistert naar wat u vertelt over uw kind?	0	0	0
Vindt u dat de arts goed luistert naar wat u vertelt over uw kind?	0	0	0

---

29. Letten arts en verpleegkundige op verschillende dingen met betrekking tot uw kind?

- ja
  - nee
- 

30. Is het voor u duidelijk met welke zaken u bij de arts terecht kunt en met welke bij de verpleegkundige?

- ja
  - een beetje
  - nee
- 

31.a. Met wie heeft u liever te maken op het consultatiebureau, met de arts of met de verpleegkundige?

- de arts
- de verpleegkundige
- ik heb geen voorkeur

b. Kunt u aangeven wat de reden daarvoor is? U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

- om persoonlijke redenen, zij (hij) ligt me beter
  - ik kan er beter mee praten
  - ik durf haar (hem) meer te vragen
  - zij (hij) begrijpt me beter
  - zij (hij) legt beter uit wat of waarom zij (hij) iets doet
  - ik vind haar (hem) deskundiger
  - niet van toepassing omdat ik geen voorkeur heb
  - andere redenen, nl.:
-

---

Vraag 32 en 33 behoeft u alleen in te vullen als u met uw kind een kleuterbureau bezoekt.  
Indien u met uw kind het zuigelingenbureau bezoekt, kunt u doorgaan met vraag 34.

---

32.a. Kreeg u op het kleuterconsultatiebureau dezelfde arts als op het zuigelingenbureau?

- ja  
 nee

b. Indien 'nee', vond u dit vervelend?

- ja  
 nee
- 

33. Vindt u het kleuterbureau even belangrijk als het zuigelingenbureau?

- beide even belangrijk  
 zuigelingenbureau belangrijker  
 kleuterbureau belangrijker
- 

34. Zijn er bepaalde zaken die u graag behandeld had willen zien, maar die tijdens de bezoeken aan het consultatiebureau niet aan de orde zijn gekomen?

- ja  
 nee

Zo ja, welke zaken zijn dat en wat is naar uw mening de reden dat ze niet aan bod zijn gekomen?

---

35. Wilt u hieronder aangeven in hoeverre u tevreden bent over het consultatiebureau? S.v.p. één hokje aankruisen.

tevreden	tamelijk tevreden	niet tevreden niet ontevreden	tamelijk ontevreden	ontevreden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

36. Heeft u voorstellen ter verbetering van de gang van zaken op het bureau?

---

---

Tot slot enkele persoonlijke vragen.

---

37. Wat is de leeftijd van de moeder van het kind?

- jonger dan 20 jaar
  - 20 - 24 jaar
  - 25 - 29 jaar
  - 30 - 34 jaar
  - 35 jaar en ouder
- 

38. Wat is de leeftijd van de vader van het kind?

- jonger dan 20 jaar
  - 20 - 24 jaar
  - 25 - 29 jaar
  - 30 - 34 jaar
  - 35 jaar en ouder
- 

39. Wat is de hoogste opleiding van de moeder van het kind?

- lagere school, VGLO of LAVO
  - MAVO, LBO (lager beroepsonderwijs)
  - HAVO, VWO, MBO (middelbaar beroepsonderwijs)
  - HBO (hoger beroepsonderwijs)
  - Universiteit of Hogeschool
- 

40. Wat is de hoogste opleiding van de vader van het kind?

- lagere school, VGLO of LAVO
  - MAVO, LBO (lager beroepsonderwijs)
  - HAVO, VWO, MBO (middelbaar beroepsonderwijs)
  - HBO (hoger beroepsonderwijs)
  - Universiteit of Hogeschool
- 

41. Bent u lid van de kruisvereniging in uw woonplaats?

- ja
  - nee
-

---

42. Wilt u graag een verslag van de uitkomsten van deze enquête hebben?

- ja  
 nee
- 

Als u opmerkingen heeft over sommige vragen of over de vragenlijst, dan kunt u deze hieronder noteren.

Hartelijk dank voor uw medewerking

---





## BIJLAGE II: GEGEVENS OVER GEMENGDE BUREAUS

Tabel 1.: aantal consultatiebureauzittingen per maand per beroepsgroep (in procenten)

gemengd bureau	huisartsen (N=18)	CB-artsen (N=18)	WV (N=39)
minder dan 1	38 (7)	6 (1)	5 (2)
1	11 (2)	22 (4)	31 (12)
2	28 (5)	32 (6)	51 (20)
3	17 (3)	17 (3)	5 (2)
4	6 (1)	6 (1)	5 (2)
5 of meer	-	17 (3)	3 (1)

Tabel 2.: aantal zuigelingen en kleuters per bureauzitting per beroepsgroep (in procenten)

zuigelingen op <sup>1</sup> gemengd bureau	huisartsen (N=12)	CB-artsen (N=16)	WV (N=34)
5 of minder	-	6 (1)	24 (8)
6- 10	50 (6)	81 (13)	58 (20)
11-15	25 (3)	13 (2)	9 (3)
16-20	25 (3)	-	9 (3)

  

kleuters op <sup>1</sup> gemengd bureau	huisartsen (N=12)	CB-artsen (N=16)	WV (N=31)
5 of minder	42 (5)	56 (9)	34 (11)
6-10	50 (6)	44 (7)	50 (16)
11-15	8 (1)	-	16 (4)

<sup>1</sup> Vanwege de kleine aantallen zijn tussen haakjes de absolute aantallen weergegeven.

Tabel 3.: het gemiddeld aantal consulten per beroepsgroep per jaar voor de verschillende soorten consultatiebureaus en de hoogste en laagste gevonden aantallen

	444	1224	672
gemengd bureau	min. 144	min. 216	min. 204
	max. 1020	max. 6108	max. 2700

Tabel 4.: aantal uren per jaar per beroepsgroep besteed aan consultatiebureauzittingen

gemengd bureau	N=12	N=16	N=37
60 uur of minder	58	38	60
61-120	42	38	32
121-180	-	6	8
meer dan 180 uur	-	19	-

## BIJLAGE III: VERSCHILLEN TUSSEN FEITELIJKE EN GEMENSTE TAAK- VERDELING

verschillen tussen de feitelijke en gewenste uitvoering van de taken op het consultatiebureau per beoepagsgroep, weergegeven via de gemiddelden van de beroepsgroepen

	huisartsen		CB-artsen		wijkverpleegkundigen	
	is taak	hoort taak	is taak	hoort taak	is taak	hoort taak
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	-	-	-	-	-	-
- het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling	1.4	1.5*	1.3	1.5	1.4	1.7*
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	-	-	1.6	1.8	1.7	1.9*
- het observeren van de ouder-kind relatie	-	-	-	-	-	-
- het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	1.7	1.8	1.3	1.6*	1.6	1.9*
- het systematisch observeren van gedrag	1.8	2.0*	1.8	2.0	1.8	2.0*
- het geven van gezondheidsvoorlichting	-	-	-	-	2.1	2.3*
- het geven van voedingsvoorlichting	-	-	-	-	2.4	2.6*
- het geven van opvoedingsvoorlichting	2	2.2	-	-	2.1	2.3*
- het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	1.7	1.8	1.8	2.0	-	-
- het begeleiden van of hulp geven aan de ouders	-	-	-	-	-	-
- het doen van inentingen	1.5	1.9*	1.5	1.6	-	-
- het uitvoeren van de Ewing-test	-	-	-	-	-	-
- het testen van het gezichtsvermogen	2	2.3	-	-	1.6	2.0*
- het uitvoeren van de BOEL-test	-	-	-	-	1.2	1.6
- registratie	2.2	2.3	-	-	-	-
- huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het consultatiebureau	-	-	-	-	-	-
- meten en wegen	-	-	-	-	3	2.9
- medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind bestuderen	1.4	1.5	1.3	1.4	1.6	1.7

\* significant voor  $p \leq .05$

De verschillen in deze tabel zijn berekend met behulp van een t-test voor gepaarde waarnemingen, waarbij voor iedere respondent steeds de score van de feitelijke taakverdeling wordt vergeleken met de door hem gewenste taakverdeling.

Om deze gemiddelden te kunnen beoordelen dienen we even terug te kijken naar de antwoordcategorieën die in tabel 6.1 en 6.2 vermeld staan. De categorie 'arts' kreeg van ons als score een 1, 'arts en wijkverpleegkundige samen' de score 2 en 'wijkverpleegkundige' de score 3. Een gemiddelde score van 2 geeft dan aan dat de meeste respondenten binnen een bepaalde groep vinden dat de desbetreffende taak door arts en wijkverpleegkundige samen wordt of dient te worden uitgevoerd. Als de waarde van de score 1 is, is er sprake van een specifieke artsentaak in de ogen van de respondenten, is de score 3 van een specifieke wijkverpleegkundige taak.

## BIJLAGE IV: UITSPRAKEN OVER HET CONSULTATIEBUREAU EN DE VERSCHILLENDE BEANTWOORDINGEN ERVAN DOOR DE APARTE BEROEPSGROEPEN

Tabel 1.: opvattingen over inhoud en uitvoering van het consultatiebureau per beroepsgroep (in procenten)

	huisartsen			CB-artsen			wijkverpleegkundigen		
	mee eens	deels eens/deels oneens	on-eens	mee eens	deels eens/deels oneens	on-eens	mee eens	deels eens/deels oneens	on-eens
- het CB heeft duidelijk preventieve waarde	79	17	4	100	-	-	90	10	-
- voor ouders is de begeleiding welke hen via het CB wordt gegeven onmisbaar	32	44	24	38	60	2	22	60	18
- ouders dienen zich te houden aan de aanwijzingen die op het CB worden gegeven	18	43	39	4	54	42	4	43	55
- het maakt voor mij geen verschil of de wijkverpleegkundige de kinderen die op CB komen wel of niet kent door huis bezoek(en)	16	7	77	2	2	96	8	8	85
- arts en wijkverpleegkundige hebben op het CB ieder hun eigen verantwoordelijkheden	90	8	3	95	5	-	99	1	-
- veel van de preventieve taken op het CB kunnen door de wijkverpleegkundige worden vervuld i.p.v. door een arts	69	23	8	45	39	17	60	29	11
- door de huisbezoeken heeft de wijkverpleegkundige meer informatie over het sociale milieu van het kind dan de arts	18	28	54	60	31	9	75	17	9
- voor een wijkverpleegkundige is CB-werk een belangrijk en substantieel onderdeel van haar werk	88	11	1	87	6	7	84	12	4
- een wijkverpleegkundige dient per jaar minimaal een bepaald aantal uren CB te doen om voldoende routine te krijgen en te behouden	85	12	3	95	4	2	95	4	1
- een huisarts dient een minimaal aantal kinderen per jaar op CB te zien om routine te krijgen en te behouden	80	11	9	94	2	4	86	7	7
- om goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in zijn praktijk moet een huisarts zelf het zuigelingen-CB doen	74	17	9	7	30	63	24	27	49
- een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit zijn praktijk zelf CB te doen	96	3	1	25	53	22	33	33	35
- het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het consultatiebureauwerk	17	16	77	40	35	24	29	34	36
- systematische VTD is meer een taak voor speciaal opgeleide consultatiebureau-artsen dan voor huisartsen	13	11	76	73	18	9	55	27	18
- een speciaal opgeleide CB-arts denkt te snel dat er van afwijkingen bij een kind sprake is	47	37	16	8	24	69	8	25	67

Tabel 2.: significante verschillen bij de opvattingen over het consultatiebureau op verschillende analyse-niveaus

	tussen <sup>1)</sup> beroeps- groepen	Tussen varianten		Binnen teams		
		Wijkver- verpl.	CB- arts	Huis- arts	WV+ CB-arts	WV+ HA
- het CB heeft duidelijk preventieve waarde	XX				XX	X
- voor ouders is de begeleiding welke hen via het CB wordt gegeven onmisbaar	X				XX	X
- ouders dienen zich te houden aan de aanwijzingen die op het CB worden gegeven	X	X <sup>3)</sup>				X
- het maakt voor mij geen verschil of de wijkverpleegkundige de kinderen die op het CB komen wel of niet kent door huisbezoek(en)	XX	XX <sup>3)</sup>			XX	X
- arts en wijkverpleegkundige hebben op het CB naast de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ieder hun eigen verantwoordelijkheden	X					X
- veel van de preventieve taken op het CB kunnen door de wijkverpleegkundige worden vervuld in plaats van door de arts	X	X <sup>4)</sup>	X <sup>2)</sup>		XX	
- door de huisbezoeken heeft de wijkverpleegkundige meer informatie over het sociale milieu van het kind dan de arts	XX	XX <sup>4)</sup>		X	X	XX
- voor een wijkverpleegkundige is CB-werk een belangrijk en substantieel onderdeel van haar werk			X <sup>3)</sup>			
- een wijkverpleegkundige dient per jaar minimaal een bepaald aantal uren CB te doen om voldoende routine te krijgen en te behouden	X	X <sup>4)</sup>			X	
- een huisarts dient een minimaal aantal kinderen per jaar op CB te zien om routine te krijgen en te behouden	XX				XX	
- om goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in zijn praktijk moet een huisarts zelf het zuigelingen-CB doen	XX	X <sup>4)</sup>			XX	XX
- een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit zijn praktijk zelf CB te doen	XX	XX <sup>4)</sup>				XX
- het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het consultatiebureauwerk	XX	X <sup>2)</sup>			X	X
- systematische VTO is meer een taak voor speciaal opgeleide consultatiebureau-artsen dan voor huisartsen	XX	XX <sup>4)</sup>		X	X	
- een speciaal opgeleide CB-arts denkt te snel dat er van afwijkingen bij een kind sprake is	XX	X <sup>4)</sup>				XX

X significant voor  $p \leq .05$

XX significant voor  $p \leq .001$

1) tussengroepverschillen zijn overgenomen uit tabel 1 uit bijlage IV

2) significantie geldt alleen voor de zuigelingenvariant

3) significantie geldt alleen voor de kleutervariant

4) significantie geldt zowel voor de kleuter- als de zuigelingenvariant

## BIJLAGE V: OVERLEG MET DE EERSTE LIJN EN ANDERE INSTANTIES

Tabel 1.: **gestructureerd** overleg met disciplines uit de eerste lijn en andere instanties (in procenten)

	wijkverpleeg- kundigen	CB-artsen	huisartsen
huisarts van kind	41 (N=211)	5 (N=43)	13 (N=8)
prov. arts JGZ	12	23	1
distr. arts JGZ	9 (N=214)	42 (N=41)	5
schoolartsendienst	14	33	1
distr. verpl. JGZ	30	36	3
VTO-team	3	5	0
verloskundige	4	0	0 (N=74)
kraamzorg	10	0	0
audiologisch centrum	-	-	-
logopediste	1	0	4
maatsch. werk	19	0	6
vertrouwensarts	4	0	0
stichting spel en opvoedingsvoorlichting	7	4	0
fysiotherapeut	8 (N=216)	2	15
eerstelijnspsycholoog	1	0	0
	N=217*	N=45*	N=81*

\* Alleen de afwijkende aantallen zijn per categorie tussen haakjes vermeld.

Tabel 2.: overleg **op eigen initiatief** met disciplines uit de eerste lijn en andere instanties (in procenten)

	wijkverpleeg- kundigen	CB-artsen	huisartsen
huisarts van kind	72 (N=213)	85	42 (N=36)
prov. arts JGZ	15 (N=213)	47	15
distr. arts JGZ	18 (N=212)	37	15
schoolartsdienst	28	38	29
distr. verpl. JGZ	57	17	12
VTO-team	26	52	32
verloskundige	33	0	24 (N=76)
kraamzorg	48	0	15
audiologisch centrum	7	13	24
logopediste	8	28	29
maatsch. werk	31	17	33
vertrouwensarts	30	36	29
stichting spel en opvoedingsvoorlichting	9	9	4
fysiotherapeut	33	34	59
eerstelijnspsycholoog	3	6	6
	N=216*	N=47*	N=82*

\* Alleen de afwijkende aantallen zijn per categorie tussen haakjes vermeld.



## BIJLAGE VI: OORDEEL OVER DE KWALITEIT VAN OVERLEG

Tabel 1.: oordeel over de kwaliteit van gestructureerd overleg door **wijkverpleegkundigen** (in procenten)

	goed	matig	slecht	N
huisarts van kind	73	11		(N=82)
prov. arts JGZ	68	20	8	(N=25)
distr. arts JGZ	74	16		(N=19)
schoolartsdienst	78	11	8	(N=27)
KNO-arts				
orthopaed				
kinderarts	80	20		(N= 5)
distr. verpl. JGZ	82	8	2	(N=61)
VTO-team	71		14	(N= 7)
verloskundige	100			(N= 8)
kraamzorg	85	10		(N=20)
audiologisch centrum				
logopediste	100			(N= 1)
RIAGG	96	4		(N=24)
maatsch. werk	87	13		(N=39)
vertrouwensarts	100			(N= 9)
stichting spel en opvoedingsvoorlichting	93	7		(N=14)
fysiotherapeut	79	14	7	(N=14)
eerstelijnspsycholoog	100			(N= 2)

Tabel 2.: oordeel over kwaliteit van overleg op eigen initiatief, per beroepsgroep (in procenten)\*

	wijkverpleegkundigen				CB-artsen				huisartsen			
	goed	matig	slecht	N	goed	matig	slecht	N	goed	matig	slecht	N
huisarts van kind	65	15	1	(147)	63	13	(38)	100	(12)			
prov. arts JGZ	81	16	3	(32)	100		(21)	100	(11)			
distr. arts JGZ	73	16	5	(37)	87	13	(15)	90	9			(11)
schoolartsendienst	84	13	2	(56)	88	6	(17)	73	13	4		(23)
KNO-arts	75			(8)	67	33	(9)	95	3			(38)
orthopaed	80	20		(5)	75	25	(8)	94				(36)
kinderarts	85	4	1	(75)	74	19	(31)	96				(46)
distr. verpl. JGZ	87	6	3	(119)	100		(8)	56	22			(9)
VTO-team	86	11		(56)	77	14	5	68	12	8		(25)
verloskundige	90	7		(71)				81	6	6		(16)
kraamzorg	88	8		(100)				67	17			(12)
audiologisch centrum	94		6	(16)	50	17	(6)	78	22			(18)
logopediste	100			(16)	75	17	(12)	96	5			(22)
RIAGG	80	11		(70)	56	33	(18)	58	27	12		(26)
maatsch. werk	87	3	3	(61)	88	13	(8)	88	4	4		(24)
vertrouwensarts	85	8	3	(61)	82	12	(17)	90	10			(21)
stichting spelen												
opvoedingsvoorlichting	100			(17)	67	33	(3)	100				(3)
fysiotherapeut	94	3	1	(69)	88	13	(16)	93	2	2		(45)
eerstelijnspsycholoog	60	20	20	(5)	100		(3)	75	25			(4)

\* De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat een aantal respondenten de kwaliteit als 'wisselend' heeft gekenmerkt. Deze categorie hebben we terwille van de overzichtelijkheid echter niet opgenomen in de tabel.

## BIJLAGE VII: OVERLEG MET DE TWEDE LIJN

Tabel 1.: gestructureerd overleg met de tweede lijn (in procenten)

	wijkverpleeg- kundigen	CB-artsen	huisartsen
KNO-arts	1	4	3
orthopaed	0	0	1
kinderarts	2	11	3
RIAGG	12	7	1

Tabel 2.: overleg op eigen initiatief met de tweede lijn (in procenten)

	wijkverpleeg- kundigen	CB-artsen	huisartsen
KNO-arts	4	21	49
orthopaed	3	17	44
kinderarts	36	68	59
RIAGG	33	39	32

**BIJLAGE VIII: OORDEEL VAN DE OUDERS OVER EEN AANTAL ONDERWERPEN DIE  
OP HET CONSULTATIEBUREAU AAN DE ORDE KOMEN**

Tabel 1.: wordt er volgens de ouders voldoende aandacht besteed aan de onderstaande onderwerpen, apart voor zuigelingen- en kleuterbureaus en voor bureaus oude en nieuwe stijl (in procenten)

	zuige- lingen	kleuters	oude stijl	nieuwe stijl
<b>voedingsadviezen</b>				
te veel	8	10	6	9
voldoende	84	87	87	85
te weinig	9	3	6	6
	N=440	N=436	N=262	N=597
<b>medisch onderzoek</b>				
te veel	1	1	-	1
voldoende	86	93	93	87
te weinig	13	7	7	12
	N=440	N=433	N=260	N=596
<b>persoonlijke aandacht voor de ouders</b>				
te veel	1	1	-	1
voldoende	68	76	76	71
te weinig	31	24	23	28
	N=431	N=429	N=253	N=590
<b>aandacht voor de ontwikkeling van het kind</b>				
te veel	1	2	2	1
voldoende	93	95	94	95
te weinig	6	3	4	5
	N=436	N=433	N=257	N=595

(vervolg tabel 1 volgende bladzijde)

(vervolg tabel 1)

	zuige- lingen	kleuters	oude stijl	nieuwe stijl
aandacht voor de gezins- situatie				
te veel	-	2	1	1
voldoende	62	63	69	61
te weinig	38	35	30	38
	N=419	N=420	N=251	N=572
opvoedkundige adviezen				
te veel	2	5	4	3
voldoende	76	71	78	72
te weinig	23	24	18	25
	N=423	N=413	N=244	N=576

Tabel 2.: krijgen ouders naar hun idee voldoende informatie over onderstaande onderwerpen, apart voor zuigelingen- en kleuterbureaus en bureaus oude en nieuwe stijl (in procenten)

	zuige- lingen	kleuters	oude stijl	nieuwe stijl
veiligheid				
te veel	1	-	1	1
voldoende	61	60	61	61
te weinig	38	40	39	39
	N=414	N=419	N=246	N=572
groei en ontwikkeling				
te veel	1	1	1	-
voldoende	88	93	92	91
te weinig	11	7	7	9
	N=428	N=428	N=256	N=584

(vervolg tabel 2 volgende bladzijde)

(vervolg tabel 2)

	zuige- lingen	kleuters	oude stijl	nieuwe stijl
<b>voeding</b>				
te veel	6	6	5	6
voldoende	83	90	90	85
te weinig	11	4	5	9
	N=430	N=428	N=252	N=590
<b>'babykwaaltjes'</b>				
te veel	1	1	1	1
voldoende	55	71	72	60
te weinig	44	28	27	39
	N=414	N=424	N=249	N=574
<b>verzorging van het kind</b>				
te veel	1	1	2	1
voldoende	75	85	87	78
te weinig	24	14	11	21
	N=414	N=415	N=245	N=569
<b>inentingen</b>				
te veel	-	1	-	-
voldoende	90	92	95	90
te weinig	10	7	5	10
	N=430	N=428	N=255	N=588
<b>opvoeding</b>				
te veel	1	3	3	2
voldoende	64	71	77	65
te weinig	35	26	21	33
	N=402	N=412	N=237	N=563
<b>gehoortest</b>				
te veel	1	2	1	2
voldoende	79	83	83	82
te weinig	20	15	16	17
	N=404	N=428	N=249	N=570
<b>gebruik van medicijnen</b>				
te veel	1	-	1	-
voldoende	47	49	54	46
te weinig	52	51	45	54
	N=394	N=410	N=236	N=556

## BIJLAGE IX: AANGEGEVEN HIATEN EN SUGGESTIES VAN OUDERS

Op de vraag wat ze **gemist** hadden werd door 111 respondenten geantwoord. De meest voorkomende antwoorden geven we hierbij weer onder vermelding van het aantal personen per antwoord. De onderwerpen welke niet behandeld waren op het bureau waren:

- veiligheid, voeding, groei en ontwikkeling, babykwaaltjes, verzorging van kind, opvoeding, gehoortest, medicijngebruik: 50x;
- ogen testen: 3x;
- wijze van omgaan met kind door moeder: 5x;
- informatie over hoe normale ontwikkeling, verschijnselen, VTO-afwijkingen: 10x;
- iedere keer medisch onderzoek: 4x;
- individuele, alternatieve of specifieke informatie: 6x.

Op de vraag naar **voorstellen ter verbetering** gaven ongeveer 400 ouders de volgende suggesties:

- personeel: vaste figuren; deskundig (niet te oud, ervaren): 18x;
- kortere wachttijden, zeker met bloot kind: 61x;
- gebouw: grotere kleedruimte, gezelliger wachtruimte: 16x;
- duidelijkheid over **andere** gang van zaken kleuterbureau (afspraken enz.): 3x;
- CB-tijden: rekening houden met slaap- en voedingstijden kind en werktijd moeder: 12x;
- meer uitleg (bij onderzoek), meer adviezen, meer informatie: 32;
- minder kinderen tegelijk/meer tijd per kind: 11x;
- meer persoonlijke aandacht: 14x;
- wijkverpleegkundige en arts meer apart, niet gelijktijdig: 5x;
- zowel arts als wijkverpleegkundige bij ieder consultatiebureaubezoek: 7x;
- arts en wijkverpleegkundige luisteren naar ouders, weten ook veel over eigen kind: 15x;
- betere planning: 25x;
- inenting tijdens consultatiebureaubezoek (niet massaal in de rij): 26x;
- voorlichting via groepsgesprekken: 7x;
- meer contact met de arts: 22x;
- meer huisbezoek van de wijkverpleegkundige: 3x;
- kleuterbureau vaker (dan 1x per jaar): 13x;
- meer over homeopathie, alternatieve geneeswijze en -voeding: 5x;
- persoonlijker: 8x.

