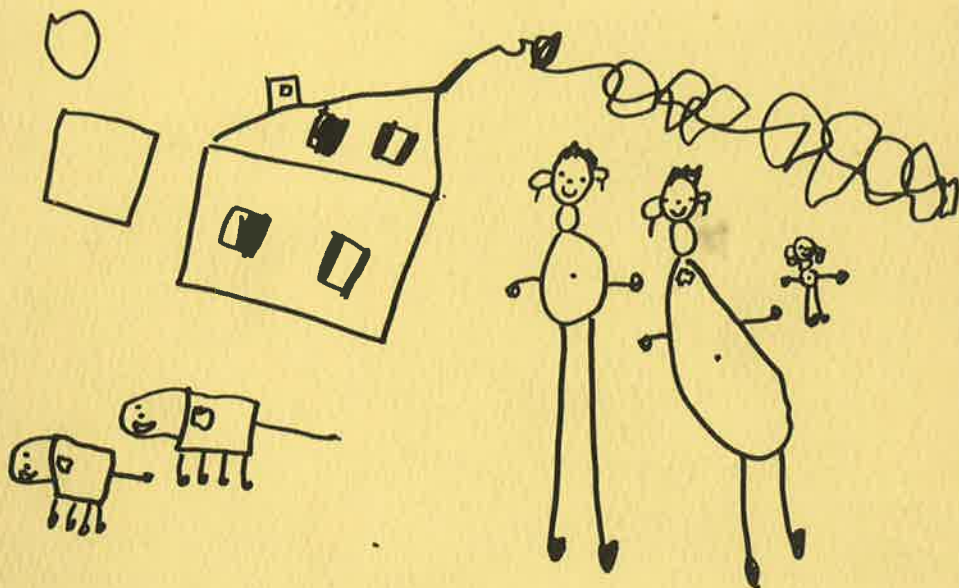


JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

psychosociale aspecten van de zorg
voor 0-4 jarigen nader belicht

W.P. Herngreen / E.A. Schlesinger-Was



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

Leiden

UXA
H 542

UXD.

LXA

H 54

2

JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

psychosociale aspecten van de zorg

voor 0-4 jarigen nader belicht

VERVOLGSTUDIE

W.P. Herngreen

E.A. Schlesinger-Was

IBIS STAMBOECKNUMMER: 814/000

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

April 1984

54/4/84

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071 - 170441

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f. 15,75
(incl. BTW en verzendkosten) op postrekening 20 22 77 t.n.v.
het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 84009.

CIP-GEGEVENS

Herngreen, W.P.

Jeugdgezondheidszorg in Nederland : psychosociale aspecten
van de zorg voor 0-4 jarigen nader belicht ; een
vervolgstudie / W.P. Herngreen, E.A. Schlesinger-Was. -
Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve
Gezondheidszorg TNO
ISBN 90-6743-031-5
SISO 614.23 UDC 614.2-053.4(492)
Trefw.: jeugdgezondheidszorg ; Nederland.

© 1984 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 84009

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrek-
king tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene
Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt,
en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op
welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van
het NIPG-TNO.

Omslagtekening: Marit Herngreen, 5 jaar

I N H O U D

pag.

VOORWOORD

1. / INLEIDING	1
2. PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK - EEN PROBLEMATISCH BEGRIIP	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Ontstaan en oorzaken	5
2.3 Toespitsing op kinderen en jeugdigen	7
2.4 Preventie	8
3. VAN PROBLEEM NAAR PREVENTIE	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Een preventiemodel	9
3.3 Preventie, individu en maatschappij	12
3.4 Neveneffecten	13
4. PSYCHOSOCIALE PREVENTIE IN JEUGDGEZONDHEIDSZORG	15
4.1 Inleiding	15
4.2 Taak van de jeugdgezondheidszorg	15
4.3 Attitudes	16
4.4 Kennis en vaardigheden	18
4.4.1 Inleiding	18
4.4.2 Kennis van de normale ontwikkeling	19
4.4.3 Kennis over de wijk en de wijkpopulatie	20
4.4.4 Informatie over het individuele kind in de zorg- situatie	23
4.5 Wijkverpleegkundige en CB-arts in de jeugdgezondheidszorg	24
4.5.1 Inleiding	24
4.5.2 De rol van de wijkverpleegkundige	24
4.5.3 De rol van de CB-arts	26
4.6 Taken en middelen	27
4.6.1 Inleiding	27
4.6.2 Longitudinale begeleiding	28
4.6.3 Ondersteuning bij opvoeding	30
4.6.4 Zelfhulp	30
4.6.5 Evaluatie: het belang van registratie	32
5. JEUGDGEZONDHEIDSZORG, PSYCHOSOCIALE PREVENTIE EN BELEID . . .	34
5.1 Recente ontwikkelingen	36
5.2 Discussie	38

6. CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING	41
6.1 Algemene conclusies	41
6.1.1 Doel van de jeugdgezondheidszorg	41
6.1.2 Psychosociale preventie	41
6.1.3 Middelen	42
6.1.4 Voorlichting en zelfzorg	44
6.1.5 Registratie	44
6.1.6 Beleid	45
6.2 Psychosociale preventie in jeugdgezondheidszorg: een professionele aangelegenheid?	46
6.3 Onderzoek	49
6.4 Prioriteitsstelling	53
 LITERATUUR	 55
 BIJLAGEN	 59

VOORWOORD

Binnen het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg heeft vanouds onderzoek op het terrein van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen plaatsgevonden. Enige jaren geleden is aan het onderzoekprogramma een dimensie toegevoegd door de aandacht tevens specifiek te richten op de werkwijze en de organisatie van de voorzieningen voor jeugdgezondheidszorg. In dit kader verscheen in 1981 het rapport "Jeugdgezondheidszorg in Nederland - een verkenning", dat een brede oriëntatie bevat op de problematiek van de jeugdgezondheidszorg in zijn geheel. Deze oriëntatie was tevens bedoeld om richting te geven aan voortgezet onderzoek. In de reacties op dit rapport bleek dat in het veld van de jeugdgezondheidszorg de behoefte aanwezig was aan een overzichtsstudie waarin de begeleiding van de psychosociale ontwikkeling van het jonge kind meer expliciet zou worden belicht. Aangezien aan dit facet in het werk van de jeugdgezondheidszorg in toenemende mate belang wordt gehecht, is besloten in de vorm van een aanvullende literatuurstudie nader in te gaan op de psychosociale preventie zoals deze in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen wordt bedreven.

Voorliggend rapport vormt het resultaat van deze studie, waarover bij de uitvoering overleg is gepleegd met de Provinciaal Artsen voor de Jeugdgezondheidszorg die verantwoordelijk zijn voor de vanuit de kruisorganisaties verleende jeugdgezondheidszorg.

Het doel van deze studie is na te gaan op welke wijze aan de begeleiden- de taak van de jeugdgezondheidszorg met betrekking tot de psychosociale aspecten van de ontwikkeling van kinderen wordt vorm gegeven. De studie bevat verder een algemene beschouwing over de voor de jeugdgezondheidszorg specifieke benadering en werkwijze, alsmede een aanzet voor verder onderzoek.

Dr A. Dijkstra
onderdirecteur NIPG/TNO

1. INLEIDING

In deze studie is nagegaan in hoeverre de jeugdgezondheidszorg is gericht op het psychosociaal functioneren van jonge kinderen, hoe de preventieve zorg ten behoeve van de gezonde geestelijke ontwikkeling wordt uitgevoerd en hoe deze verder zou kunnen worden ontwikkeld. Meer nog dan in het rapport "Jeugdgezondheidszorg in Nederland" (Herngreen et al., 1981) waarop deze studie een aanvulling is, wordt ingegaan op praktische aspecten van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. In een enkel hoofdstuk worden recente ontwikkelingen in het beleid belicht. Voor deze benadering is gekozen omdat er behoefte bestond aan een overzicht van literatuur, rapporten, verslagen en beleidsnota's die betrekking hebben op psychosociale preventie, en om de implicaties van de specifieke werkwijze van de jeugdgezondheidszorg voor de psychosociale preventie te belichten. Dit rapport is derhalve bestemd voor ieder die direct in de praktijk of vanuit het management of de beleidssector bemoeienis heeft met de gezondheidszorg voor kinderen tot de schoolgaande leeftijd.

Als karakterisering van de *jeugdgezondheidszorg* is de omschrijving van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1980-1981) gekozen: "*de individueel en collectief gegeven longitudinale preventieve zorg, gericht op de gehele jeugd en gebaseerd op via epidemiologie verkregen inzichten*". In de jeugdgezondheidszorg wordt naast inzichten uit de epidemiologie, bovendien kennis uit verschillende andere disciplines toegepast, zoals de ontwikkelingspsychologie en pedagogie. Eén van de essentialia in de werkwijze van de jeugdgezondheidszorg is verder de in principe *vrijwillige participatie* vanuit de bevolking.

De hier bedoelde vorm van jeugdgezondheidszorg wordt verleend in het kader van:

- de prenatale zorg (voornamelijk via kruisorganisaties);
- de kraamzorg (idem);
- de jeugdgezondheidszorg voor zuigelingen en kleuters (idem, in Amsterdam via de GG&GD);
- de schoolgezondheidszorg, georganiseerd in (inter)gemeentelijke diensten, behalve in het grootste deel van Limburg, waar ook deze zorg via de kruisorganisaties wordt verleend.

Voorts kunnen delen van de activiteiten van huisartsen, verloskundigen, obstetrici en kinderartsen tot *gezondheidszorg voor jeugdigen* worden gerekend, waaronder verstaan wordt gezondheidszorg die niet collectief en alleen op indicatie wordt gegeven.

Uitgangspunt van deze studie is dat de jeugdgezondheidszorg een specifieke vorm is van *basisgezondheidszorg*. Dit komt tot uitdrukking in de gehele werkwijze binnen de zorgverlening, die als volgt is te karakteriseren:

- groepsgewijze en individuele benadering met een streven naar een maximaal bereik in de doelgroep;
- positieve stimulering van begunstigende factoren ten aanzien van de ontwikkeling van het kind, in de gezinsomstandigheden en in het milieu, alsmede actieve anticipatie op mogelijke bedreigingen van de gezonde groei en ontwikkeling van jonge kinderen;
- preventie van ziekten en van stoornissen in groei, ontwikkeling en psychosociaal functioneren, en vroege signalering van afwijkingen;
- programmering van de zorg op grond van gegevens uit klinisch, epidemiologisch en sociaal wetenschappelijk onderzoek.

Deze studie betreft in hoofdzaak de professionele zorg zoals deze door arts en wijkverpleegkundige, onder andere via de consultatiebureaus (CB's) voor zuigelingen en kleuters, gestalte krijgt. Hiertoe is de zorg echter niet beperkt. Zorg voor de gezondheid van jeugdigen in het kruiswerk omvat ook andere taken, die inspelen op de behoefte van ouders, bijvoorbeeld op het vlak van het verminderen van onzekerheid en angst bij het opvoeden. Het betreft hier het scheppen van mogelijkheden voor het opdoen van kennis en voor het leggen van contacten met anderen in een gelijksoortige situatie. Ook aan dit aspect is in deze studie aandacht besteed.

De nadruk op de rol van het CB wordt ingegeven door het feit dat door de positie ten opzichte van de doelgroep het CB een belangrijke uitvalsbasis vormt voor primaire preventie (Ter Haar Romeny-Wachter & Wassen-Van Schaveren, 1973/74). Primaire preventie, dat wil zeggen voorkómen dat mensen ziek (kunnen) worden of anderszins in een probleem-situatie komen, is juist hier nodig en mogelijk. Werkers in de jeugdgezondheidszorg immers komen in contact met een preventieve doelgroep - jonge kinderen en hun ouders - die wat de kinderen betreft wordt gekenmerkt door factoren als:

- sterke verwevenheid van soma en psyche;
- snelle ontwikkeling, die veel eisen stelt aan het aanpassingsvermogen van ouders en gezinsleden;

en wat de ouders betreft door factoren als:

- veranderde sociale positie;
- nieuwe rolverwachtingen en -patronen;
- onzekerheden ten aanzien van de opvoedingstaak en daarbijkomende problemen.

In jeugdgezondheidszorg dient *primaire preventie* uitgangspunt voor de taakstelling te zijn. In veel gevallen zal het echter nodig zijn óók hulp te verlenen wanneer deze tenminste niet al te moeilijk en intensief is of veel tijd vergt. Met andere woorden, ook *secundaire preventie* zoals lichte hulp en vroege opsporing, onder andere door middel van

screeningen, wordt tot de taken van de jeugdgezondheidszorg gerekend. Een goede relatie met de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg is in deze een vereiste en vormt een voorwaarde voor integrale zorgverlening.

In het kader van deze inleiding is een enkele opmerking over de preventie vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) op zijn plaats. De preventie in deze sector is in het algemeen op herkenbare risicogroepen gericht, hetgeen de reikwijdte beperkt; veelal is er sprake van secundaire preventie. Bovendien is deze preventie zelden specifiek gericht op de groep van (zeer) jonge kinderen en hun ouders. Wel wordt regelmatig gepoogd door middel van consultatie de deskundigheid van CB-teams te vergroten. Het CB kan dan, als preventieve instelling in directe relatie met de bevolking een rol spelen in de preventie vanuit de AGGZ, namelijk als 'intermediaire' of 'strategische' doelgroep. Het spreekt vanzelf dat, als de behandeling van moeilijker en dieperliggende problemen geïndiceerd is, ouders kan worden geadviseerd zich tot één van de instellingen van de AGGZ (vooral de Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB's)) te wenden. In dit opzicht vervullen jeugdgezondheidszorg en AGGZ complementaire functies (Hartgerink, 1980).

In deze studie zijn de mogelijkheden van preventie geëxploreerd op het gebied van psychosociale problematiek, op te vatten als emotionele, relationele en pedagogische problemen van ouders en kinderen in relatie tot elkaar en tot hun wijdere omgeving.

In het volgende hoofdstuk (2) wordt in het kort beschreven wat onder psychosociale problematiek kan worden verstaan en welke factoren, die in de persoon dan wel in zijn omgeving zijn gelegen, van invloed zijn op het welbevinden.

In hoofdstuk 3 wordt het begrip 'preventie' uitgewerkt. Het onderscheid tussen primaire en secundaire preventie, alsmede de niveaus in de samenleving (individueel of gezin, bureaus of kennissenkring, samenleving) waarop preventie gericht kan zijn, worden hierbij omschreven.

In hoofdstuk 4 worden aspecten van de jeugdgezondheidszorg behandeld die verband houden met psychosociale preventie. Aangegeven wordt welk belang aan de juiste attitudes van de werkers in jeugdgezondheidszorg moet worden gehecht en welke kennis en vaardigheden zoal vereist zijn. De rol van de wijkverpleegkundige en van de CB-arts worden afzonderlijk belicht. De taken en middelen worden omschreven in het kader van de longitudinale begeleiding van kinderen en ouders; de ondersteuning bij opvoeding en het stimuleren van zelfhulp als taak van de kruisorganisatie worden besproken.

In hoofdstuk 5 worden globaal enkele ontwikkelingen in het overheidsbeleid in het afgelopen decennium behandeld. In de beleidsvisie ten aanzien van preventie, gericht op een gezonde geestelijke ontwikkeling van jonge kinderen, lijkt zich een verschuiving af te tekenen, waarbij aan

jeugdgezondheidszorg een zelfstandige plaats wordt toegekend in de zorg voor de geestelijke gezondheid.

Het laatste hoofdstuk - Conclusies en slotbeschouwing - bevat enkele opmerkingen over de begrensde mogelijkheid van psychosociale preventie en de noodzaak van behoud en stimulering van eigen verantwoordelijkheid van ouders voor de opvoeding. Geconcludeerd wordt dat, gezien de speciale attitudes, kennis en vaardigheden die vereist zijn, psychosociale preventie een professionele aangelegenheid is. In een kanttekening bij het organisatorische kader waarin de beschreven taken en activiteiten plaatsvinden, wordt aangegeven dat voor psychosociale preventie in jeugdgezondheidszorg een flexibele organisatorische vormgeving op uitvoerend niveau noodzakelijk is.

Vervolgens wordt een aantal onderwerpen voor onderzoek genoemd. De resultaten hiervan kunnen een bijdrage vormen voor de verdere ontwikkeling van de praktijk en van het beleid dat de voorwaarden moet scheppen voor de bescherming van groei en ontwikkeling van het jonge kind vanuit de jeugdgezondheidszorg.

2. PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK - EEN PROBLEMATISCH BEGRIIP

2.1 Inleiding

Het is niet gemakkelijk een bruikbare omschrijving te geven van het begrip 'psychosociale problematiek', dat vaag is begrensd en in feite een veelheid van onderling verweven psychische en maatschappelijke problemen omvat, waarmee mensen kunnen worstelen. Voor de ouders van jonge kinderen komen daar nog pedagogische problemen bij. Vaak wordt gekozen voor een impliciete benadering door te verwijzen naar vormen van problematisch gedrag dat voortkomt uit dieper gelegen oorzaken. Zo wordt in een verslag van een onderzoek naar psychosociale problematiek, die wordt aangetroffen op CB's voor kleuters, ervan uitgegaan dat problemen met eten, slapen, jaloezie en dergelijke, uitingen zijn van onderliggende emotionele problemen (Hoeve-van Ramshorst, 1980). Iemhof (1973) daarentegen meent dat psychosociale klachten niet bestaan. Hij stelt dat veel problemen die op het spreekuur van huisartsen worden aangeboden, specifieke sociale achtergronden hebben maar als beleevingsproblemen worden gepresenteerd. Hij noemt de huisvrouw die tureluurs wordt van haar gezin op een flat; ze is moe en depressief terwijl er geen somatische afwijkingen zijn te vinden. De moeilijkheden liggen dus waarschijnlijk op psychisch of sociaal terrein. Volgens Iemhof kan pas van een psychisch probleem gesproken worden als er een psychiatrisch beeld is - en dat is hier niet het geval. Geconcludeerd moet dan worden dat de huisvrouw niet met een psychisch maar met een sociaal probleem kampt. 'Psychosociaal' zou een samentrekking zijn van de twee begrippen 'psychisch' en 'sociaal' die het zicht op de werkelijkheid verhuult.

In het rapport "Preventie in de Geestelijke Gezondheidszorg" van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Drenthe (1980) wordt gesproken van 'psychosociale nood', waarvoor preventieve hulp niet zo vanzelfsprekend lijkt. Veel psychosociale nood zou tijdelijk zijn en voorbijgaan zonder ingrijpen van professionele zijde. Hierbij wordt in dat rapport opgemerkt dat het de vraag is of dat deel van de oorzaken van psychosociale nood dat niet ligt in maatschappelijke factoren, maar dat bestaat uit gedragingen van mensen, moet en kan worden bestreden. Allerlei riskante gedragingen die men omwille van bepaalde sociale waarden (individuele vrijheid, zelfstandigheid) niet te veel kan inperken, kunnen uitingen zijn van psychosociale moeilijkheden.

2.2 Ontstaan en oorzaken

Over het ontstaan van psychosociale problematiek en factoren die daar-in een rol spelen wordt verschillend gedacht. Omdat dit noodzakelijk is

voor de ontwikkeling van een visie op de mogelijkheden van preventie in de jeugdgezondheidszorg, zal hier een kort overzicht worden gegeven van enkele opvattingen.

Psychosociale problematiek is het gevolg van een verstoorde relatie tussen individu en omgeving. Daarmee is nog niets gezegd over 'oorzaken' van psychosociale problematiek, maar zijn de factoren aangeduid die ieder afzonderlijk een bijdrage vormen. Opvattingen over het ontstaan van psychosociale problematiek en de toename ervan in de laatste decennia kunnen in vier groepen worden verdeeld (Ormel, 1980, 1981):

1. Psychische en sociale problemen van thans zijn het gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen en van structurele kenmerken van de hedendaagse samenleving. De zware stress die hieruit voortkomt leidt tot onwelbevinden en op den duur tot overbelasting van de individuele draagkracht.
2. Hiernaast bestaat een visie dat veel problemen worden veroorzaakt door de afgenomen draagkracht van de mensen. Als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen is de onderlinge solidariteit afgenomen en heeft de traditionele zingeving van het bestaan veel aan betekenis ingeboet.
3. Een andere opvatting is dat onwelbevinden vooral een gevolg is van veranderd ziektegedrag. Onprettige ervaringen en onlustgevoelens worden steeds minder als onontkoombaar lot gezien maar in toeneemende mate als vermijdbaar en behandelbaar. De verwachtingen dienaangaande zijn hoog gespannen en voor velen is het moeilijk geworden om pech en onwelbevinden zomaar te accepteren.
4. Gegroeide verwachtingen vormen als zodanig een probleem. De opvatting die hieraan refereert is, dat onwelbevinden het paradoxale gevolg is van de sterk toegenomen welvaart, die niet de voorwaarde is gebleken om zich gelukkig te voelen. De welvarende mens in een welvarende samenleving is niet automatisch een zich welvoelend mens. De 'collectieve teleurstelling' hierover vormt een belangrijk historisch perspectief waarbinnen het verschijnsel welbevinden moet worden gezien.

Draagkracht (een individueel gegeven) en draaglast (een maatschappelijk, structureel gegeven) zijn denkkaders die een hulpmiddel zijn om inzicht te verkrijgen in het complexe verschijnsel 'psychosociale problematiek'. Het gaat om grootheden die aan sterke wisselingen onderhevig zijn en die elkaar in wisselende mate beïnvloeden.

De uitkomst van die wederzijdse beïnvloeding is in hoge mate bepalend voor de wijze waarop psychosociale preventie moet worden aangepakt. Immers, wanneer men ervan uitgaat dat psychosociale problematiek in hoofdzaak zijn oorzaak vindt in individuele, persoonlijke factoren, krijgt de rol van determinanten uit de 'omgeving' onvoldoende aandacht en zal dan ook niet meer in de behandelings- of preventiestrategie worden ingepast. Indien echter de nadruk wordt gelegd op de invloed die determinanten uit

de omgeving op individuen uitoefenen, komt de interactie individu-omgeving-maatschappij centraal te staan. Psychosociale problematiek wordt dan niet geïndividualiseerd, maar juist de 'externe' leefcondities komen op de eerste plaats in de probleemstelling. Afhankelijk van de ideologische en levensbeschouwelijke uitgangspunten die men gekozen heeft, kunnen preventie-activiteiten òf in belangrijke mate gericht zijn op behoud en bevordering van de draagkracht van individuen, òf op de manier waarop individuen en groepen - naar evenredigheid van hun draagkracht - de draaglast kunnen verminderen of beter verdelen; preventie is in dat geval in hoofdzaak gericht op maatschappelijke determinanten (De Turck, 1982).

2.3 Toespitsing op kinderen en jeugdigen

Wanneer men bovenstaande gedachtengang omtrent de etiologie van psychosociale problemen naar de groep jeugdigen doortrekt, vallen twee typerende aspecten dadelijk op:

- het proces van ontwikkeling waarin de jeugdige verkeert en dat in zekere mate voorspelbaar is;
- de omgeving die aanvankelijk alleen bestaat uit ouders en gezin, maar die met de voortschrijdende ontwikkeling van het kind zich uitbreidt in de maatschappij.

De werkgroep "Emotionele en relationele stoornissen" van de Landelijke Commissie VTO (ISG 4, 1981) kiest voor een dynamische opvatting van de begrippen 'ontwikkeling' en 'ontwikkelingsstoornissen'; mens en omgeving staan in een interactionele relatie tot elkaar. Het kind verandert, ontwikkelt zich, in een mede door zijn toedoen veranderende omgeving. Aanleg en omgeving in hun onderlinge wisselwerking zijn de belangrijkste factoren in de ontwikkeling.

In de omschrijving van het begrip ontwikkelingsstoornis wordt de ervaring c.q. het oordeel van de persoon en/of zijn omgeving, centraal gesteld. Uitgaande van deze benadering geeft de werkgroep de volgende omschrijvingen:

Emotionele stoornissen zijn "opvallende afwijkingen van de gebruikelijk te verwachten ontwikkeling in de gevoels- en belevingswereld zodanig dat deze door de persoon en/of zijn omgeving als negatief worden ervaren".

Relationele stoornissen zijn "opvallende afwijkingen in betrekkingen tussen mensen onderling, die de persoon en/of zijn omgeving als negatief ervaart". Indicaties voor een verstoorde ontwikkeling wil de commissie niet geven wegens de geringe voorspellende waarde van de huidige onderzoeksmethoden.

Wel zijn er factoren te noemen die een rol spelen bij het ontstaan van emotionele en relationele stoornissen. Risicofactoren kunnen volgens de

werkgroep zijn gelegen in:

- situaties rond de geboorte;
- sociale situatie; woon/leefsituatie;
- ernstige disharmonie in het gezin;
- traumatische gebeurtenissen;
- beperkingen in de persoon zelf en in het gezin.

Bottema (1980) stelt dat psychische ongezondheid het gevolg kan zijn van overbelasting door te sterke frustratie van fundamentele behoeften van het kind, zoals veiligheid en zelfrealisatie. Deze gedachtengang die onder andere refereert aan de humanistische psychologie, sluit aan bij de door Ormel (1981) samengevatte opvattingen over het ontstaan van onwelbevinden.

De mate waarin door de omgeving van het kind aan de fundamentele behoeften wordt tegemoetgekomen, maakt dus mede uit of een kind gezond opgroeit. Veel hangt diensgevolge af van het samenspel tussen ouders en kind. Wanneer hun beider vermogens te kort schieten of de omstandigheden ongunstig zijn, bestaat de kans op een ongezonde ontwikkeling.

Uit bovenstaande elementen kan de begripsomschrijving worden afgeleid die in deze studie wordt gebruikt: Psychosociale problematiek bestaat uit de emotionele, relationele en pedagogische problemen van ouders en kinderen in de relatie tot elkaar en tot hun wijdere omgeving.

2.4 Preventie

Preventie van psychosociale problemen ligt op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg. Deze preventie is evenwel niet zo vanzelfsprekend als soms lijkt te worden aangenomen, hetgeen uit de volgende vragen, waarop het antwoord nog slechts ten dele bekend is, kan blijken:

- Zijn in de psychosociale sfeer oorzaken van problemen in het algemeen bekend en bestrijdbaar?
- Is psychosociale problematiek wel geheel te vermijden; zou dat wel wenselijk zijn; is aan te geven wanneer blijvende schade moet worden gevreesd?
- Psychosociale problematiek bij kinderen is veelal gelegen in het kind-omgeving complex. Hoe kunnen aangrijpingspunten voor preventie worden aangewezen, gezien de sterke onderlinge afhankelijkheidsrelatie?

Over psychosociale preventie is veel te doen. In de laatste jaren is er ook veel over geschreven, soms in een polemische sfeer. Als er al geen overeenstemming, geen éénduidige visie is ten aanzien van oorzaken, wat dan te doen om ernstige psychosociale problematiek bij kinderen te voorkomen? In het volgende hoofdstuk zullen enkele noties over preventie aan de orde worden gesteld en in het daaropvolgende hoofdstuk de mogelijkheden van de jeugdgezondheidszorg.

3. VAN PROBLEEM NAAR PREVENTIE

3.1 Inleiding

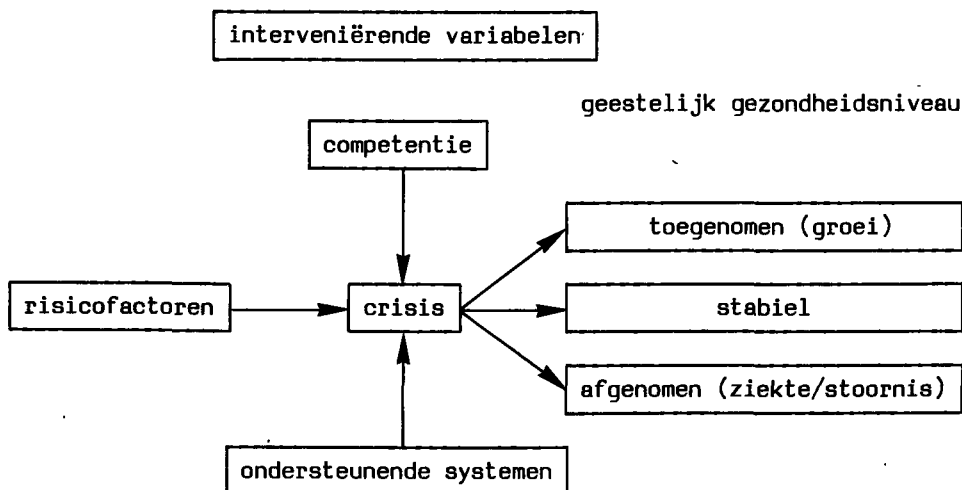
Caplan (1964, 1978) ontwikkelde ten behoeve van de preventieve psychiatrie een model, dat bruikbaar is voor een nadere typering van de psychosociale preventie zoals deze in verschillende sectoren van de gezondheidszorg wordt bedreven. In dit hoofdstuk zal het model schematisch worden weergegeven en het preventiebegrip nader worden uitgewerkt, uitgaande van het onderscheid tussen primaire en secundaire preventie.

Preventie, vooral ten aanzien van psychosociale problematiek, is niet waarde vrij. Met name in kringen van de AGGZ blijken verschillende stromingen naast elkaar te bestaan. De kenmerken hiervan worden kort samengevat. Enkele kritische kanttekeningen over preventie bij het jonge kind zoals die in de literatuur kunnen worden aangetroffen, volgen tot slot.

3.2 Een preventiemodel

In het volgende schema wordt een door Caplan geschetst model weergegeven, waarin de factoren zijn ondergebracht die het geestelijk gezondheidsniveau beïnvloeden.

Schema 1. De samenhang van 'crisis' beïnvloedende factoren met het geestelijk gezondheidsniveau



Bron: Hosman & Diekstra in: Van den Berg et al., 1980; zie ook: Lamberts & Dokter, 1978

Onder normale omstandigheden is er evenwicht tussen de risicofactoren enerzijds en de individuele competentie en beschikbare ondersteuning anderzijds. Ingrijpende gebeurtenissen rond het individu kunnen dit evenwicht verstoren en het ontstaan van een crisis tot gevolg hebben. Het hangt dan van de onderlinge verhouding van positief inwerkende factoren ('competentie' en 'ondersteunende systemen') en negatief inwerkende (risico)factoren af, of de crisis leidt tot groei of ziekte. Een crisissituatie leidt alleen dan tot een afgenomen geestelijk gezondheidsniveau als er sprake is van lage competentie en het falen of ontbreken van ondersteunende systemen. (Het zou overigens de voorkeur verdienen zowel 'risicofactoren' als 'competentie' en 'ondersteunende systemen' als 'conditionerende factoren' aan te duiden.) De samenhang tussen de in het model opgenomen factoren is in feite circulair, aangezien individuele competentie en het vermogen gebruik te maken van ondersteunende systemen eigenschappen zijn die door risicofactoren worden beïnvloed. Volgens Lamberts en Dokter (1978) omschrijft Caplan risicofactoren vrij strikt; voor kinderen zijn dit onder meer aangeboren afwijkingen, genetische defecten, zwangerschapsfactoren (o.a. toxicose, rubeola, roken), geboortetrauma, prematuritas, ernstige ongevallen, herhaalde en langdurige hospitalisaties, armoede en culturele deprivatie, ernstige familieproblemen met duidelijk gewelddadige aspecten, psychiatrische ziekten bij de ouders (schizofrenie, ernstige depressies), falen op school.

In de praktijk wordt in de preventie - afhankelijk van de gekozen strategie - vaak het accent gelegd op één van de factoren, dat wil zeggen dat men zich in hoofdzaak richt op de competentie (c.q. de weerbaarheid of draagkracht van het individu), op de risicofactoren of de ondersteunende systemen (spontane en professionele mantelzorg, hulpverlening). De nadruk die wordt gelegd op de verschillende variabelen, de mate waarin deze worden opgenomen in de strategie, wordt onder andere bepaald door de concrete situatie waarin preventie plaatsvindt en door de mens- en maatschappijvisie van de betrokken uitvoerders. In de loop van de tijd zijn zodoende in de preventie een aantal strategietypen uitgekristalliseerd; behandeling hiervan valt buiten het bestek van deze studie.

Preventie kan worden ingedeeld in primaire, secundaire en tertiaire preventie, een indeling die oorspronkelijk is ontleend aan de maatschappelijke gezondheidszorg en die is afgestemd op stadia van het ziekteproces. Primaire preventie is op somatisch gebied het voorkómen dat mensen ziek (kunnen) worden, bijvoorbeeld door immunisaties. Op psychosociaal terrein is primaire preventie het behoeden van de geestelijke gezondheid door middel van het vergroten van de weerbaarheid van mensen en het voorkómen van ernstige problemen. In de jeugdgezondheidszorg gebeurt dit onder andere door het geven van anticiperende begeleiding ten aanzien van te verwachten gedragsveranderingen die samenhangen met de ontwikkeling en door het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).

Secundaire preventie vangt aan wanneer tekenen van beginnende ziekte of problemen zichtbaar worden; maatregelen kunnen dan gericht zijn op het voorkómen van erger. Eigenlijk is hier reeds sprake van behandeling c.q. hulpverlening. Tertiaire preventie is gericht op het voorkómen van ongunstige bij-effecten van ziekte en emotionele of relationele stoornissen, bijvoorbeeld in de vorm van invaliditeit of de kans op herhaling. Zij wordt in het kader van deze studie verder niet uitgewerkt.

Hiernaast is een indeling mogelijk naar preventie gericht op individu, gezin of 'peer-group', dan wel op collectiviteiten of deelpopulaties. In het eerste geval behoren activiteiten als immunisaties, advisering en begeleiding tot de primaire preventie; individu en directe omgeving met inbegrip van de 'peer-group', bestaande uit burens en naaste verwanten, kunnen hierbij veelal in gelijke mate worden betrokken. (In het geval van jeugdgezondheidszorg spreekt het vanzelf dat de ouders de eerste ingang vormen.) Secundaire preventie die is gericht op individu en gezin houdt in feite de oplossing in van problemen die in opvoedingssituaties kunnen ontstaan en signalering in het kader van VTO.

Schema 2. Plaatsbepaling van de soort preventie ten opzichte van niveaus in de samenleving

soort preventie	NIVEAU	
	individu - gezin - 'peer-group'	samenleving
primair	GVO anticiperende begeleiding vraagbaakfunctie** bevordering zelfzorg en mantelzorg* (i.h.a. vergroten van weerstand c.q. draagkracht)	voorlichting, o.a. via oudercursussen en (massa)media advisering aan overheid
secundair	VTO vormen van lichte hulpverlening met inbegrip van het verstrekken van adviezen	signalering van knelpunten in sociale en materiële omgeving advisering aan overheid

* Zie voor een omschrijving van de begrippen zelfzorg en mantelzorg: bijlage 1.

** Bodnár et al., 1981; NIK, 1980

Primaire preventie die is gericht op collectiviteiten of deelpopulaties behelst onder andere het geven van voorlichting via media en het signaleren van knelpunten en problemen in de sociale en materiële omgeving

van individu en gezin in de vorm van advisering aan overheden en andere instanties. Het onderscheid tussen primaire en secundaire preventie is hier vaag en vloeiend.

Het bovenstaande is in schema 2 nog eens samengevat; beide dimensies in de preventie zijn hierin tegen elkaar afgezet en enkele activiteiten die in het kader van jeugdgezondheidszorg voorkomen, aangeduid.

De indeling illustreert de relatie tussen het ontstaansniveau van psychosociale problemen en van de psychische c.q. somatische stoornissen die hiervan het gevolg kunnen zijn.

3.3 Preventie, individu en maatschappij

Het is duidelijk dat keuzen ten aanzien van de 'soort' preventie die geïndiceerd is, dat wil zeggen primaire of secundaire en meer op het individu of meer op de samenleving als geheel gerichte preventie, afhankelijk zijn van een aantal factoren die in het probleem zelf besloten liggen (ziekte-oorzaak en -proces, signaleringsmogelijkheden, de effectiviteit van beïnvloedingstechnieken enzovoort).

Daarnaast wordt de keuze beïnvloed door de stellingname voor in hoofdzaak 'individuele aanpassing' enerzijds of 'maatschappijverandering' anderzijds. Voor de één ligt het aangrijpingspunt in de samenleving als geheel door het elimineren van risicofactoren, voor de ander bij het individu door het vergroten van de weerbaarheid of draagkracht.

Trimbos (1980) onderscheidt in preventie twee hoofdstromingen:

- het public-health preventiemodel;
- het 'emancipatie' preventiemodel.

Het public-health preventiemodel is, globaal gesproken, gericht op het elimineren van risicofactoren, het 'emancipatie' preventiemodel is erop gericht de individuele weerstand te vergroten. Dit lijkt veelal de aangewezen weg als veranderen van de maatschappij onmogelijk is en risicofactoren niet zonder meer kunnen worden weggenomen. Er zijn dientengevolge allerlei agogische en educatieve methoden tot ontwikkeling gebracht, gebaseerd op de aanname dat de mens in staat is zich te emanciperen vanuit een minder ontwikkelde situatie en dat hij vatbaar is voor verandering en mentale groei. In de educatieve benadering (Gerards, 1982) wordt gewerkt aan de ontwikkeling van het vermogen van mensen met elkaar te leren omgaan (psychosociale educatie). Het politiserende hulpverleningsmodel (De Turck, 1982) heeft vooral betrekking op maatschappelijke en situationele determinanten, op zogenaamde stressoren en op het vergroten van de weerbaarheid van individuen. Hiertoe worden vormen van sociale actie gerekend, waarbij probleem-georiënteerde zelfwerkzaamheid van individuen en groepen voorop staat.

Uit de "Groslijst taken van de AGGZ per regio" (bijlage 2) blijkt dat er voor veldwerkers veel ruimte is om de taak in te vullen; men lijkt er-

voor gekozen te hebben de werkers een kans te geven tot het opdoen van praktijkervaringen met verschillende strategieën (NVAGG, 1981).

3.4 Neveneffecten

In de discussie over de waarde en voor- en nadelen van preventie blijken argumenten van verschillende aard en reikwijdte te worden gebruikt. Zo zouden gerichte preventieve activiteiten in de psychosociale sfeer het tegengestelde kunnen opleveren van wat beoogd wordt; zij kunnen de illusie bevestigen dat een zorgenvrij en pijnloos bestaan mogelijk is en dat voor alle problemen een oplossing te vinden is bij daarvoor in het leven geroepen instituties. Het gevaar zou niet denkbeeldig zijn dat mensen steeds afhankelijker worden van voorzieningen van professionele zorg en steeds minder op zichzelf durven vertrouwen of te rade gaan bij burens en kennissen.

De kritiek die wordt uitgeoefend op preventie, is soms ook ideologisch en normatief van aard.

Preventie, opgevat als vroege opsporing van problemen en afwijkingen bij jonge kinderen en als gevolg van op 'het normale' gerichte observatie, die in principe de grondslag zou vormen van alle preventieve en (semi-)residentiële werksoorten ten behoeve van kinderen, zou een te strikte aanpassing aan het vigerende normenstelsel teweegbrengen. Het gevaar zou bestaan dat gaandeweg ook de 'normale' variatie tot probleem bestempeld wordt en dat in het tegenovergestelde geval signalen worden opgevat als variaties van het 'normale' en niet gezien als teken van dieper gelegen existentiële nood en protest tegen onderdrukkende structuren en processen in de samenleving. In een kritisch artikel stelt De Winter (1982) dat het probleem niet is gelegen in het feit dat men wil opsporen, maar in de onduidelijke definitie van wat men wil opsporen, de stoornis. Het risico bestaat dat 'afwijkingen' worden gesignaleerd waarvoor geen behandeling bekend is of waarvan niet is aangetoond dat er verband bestaat met eventuele later optredende stoornissen.

Trimbos (1980) meent dat VTO gevaarlijk kan zijn omdat het te vroeg etiketteert en daarmee kinderen stigmatiseert. Tijdig opsporen en in het GGZ-systeem opnemen kan alleen gerechtvaardigd worden door de ernst van de aangetroffen problematiek.

Het blijkt dat visies op inhoud en mogelijkheden van preventie nogal verschillen: de één noemt het vroege hulpverlening, de ander VTO, een derde het voorkomen van ziekte of (psychosociale) problemen.

De hier samengevatte kritiek verdient serieuze aandacht, maar een paar kanttekeningen zijn op hun plaats. Ten eerste wordt vooral gesproken

over opsporing van stoornissen, dat wil zeggen secundaire preventie. In hoofdstuk 4 zal worden getoond dat dit maar een deel van het preventieve takenpakket van de jeugdgezondheidszorg betreft. Ten tweede moet worden vastgesteld dat de jeugdgezondheidszorg met een werkwijze die is gebaseerd op de afwezigheid van een indicatiestelling vooraf en die niet curatief is, relatief open en niet stigmatiserend is. Dat wil zeggen dat de VTO binnen de jeugdgezondheidszorg op alle kinderen wordt toegepast en slechts in noodzakelijke gevallen leidt tot een verwijzingsadvies. Vaak worden ouders uitgenodigd een keer extra op het CB terug te komen opdat een afgewogen beoordeling van het kind mogelijk is en - in samenspraak met de ouders - tot een geschikte aanpak kan worden besloten.

4. PSYCHOSOCIALE PREVENTIE IN JEUGDGEZONDHEIDSZORG

4.1 Inleiding

Voor preventie op somatisch gebied is een goed inzicht in oorzaken en natuurlijk beloop van ziekten en aandoeningen noodzakelijk. Dit inzicht vormt in feite de grondslag van de collectief-preventieve gezondheidszorg. Zoals in de inleiding van hoofdstuk 3 werd vermeld is voor de preventieve psychiatrie door Caplan (1964, 1978) een analoog model in praktijk gebracht. Een probleem hierbij blijkt te zijn dat over het ontstaan en verloop van (geestelijke) problemen en stoornissen weinig bekend is, zodat het nog moeilijk is uitspraken te doen over de relatie tussen ingrijpende gebeurtenissen en latere afwijkingen.

Hiermee is niet gezegd dat geestelijke gezondheidszorg en primaire preventie geen zin hebben. Vele problemen in het latere leven van mensen zullen naar alle waarschijnlijkheid wel te maken hebben met factoren en gebeurtenissen in de (vroeg) jeugd. En hoewel over de wisselwerking nog weinig bekend is, kan er vanuit de jeugdgezondheidszorg wel naar worden gestreefd althans veel voorkomende schadelijke invloeden en bedreigingen als ziekte, handicaps, ongunstige leef- en woonomstandigheden, onbegrip voor het kind en inconsistent opvoedingsgedrag, te bestrijden of weg te nemen.

In dit hoofdstuk worden taken en middelen van de jeugdgezondheidszorg besproken die betrekking hebben op de geestelijke gezondheid van jonge kinderen. Ook de attitudes, kennis en vaardigheden waarover dient te worden beschikt bij de uitvoering van deze taken, komen aan de orde. Hierbij moet worden opgemerkt dat het een algemene beschrijving van de werkwijze van de jeugdgezondheidszorg betreft die niet altijd volledig en langs de hier aangegeven ideaal-typische lijnen wordt verwezenlijkt. De redenen hiervan zullen veelal zijn gelegen in de prioriteit die bij de uitvoering van de zorg nu eenmaal moet worden gesteld. De beschikbare materiële middelen en de sterk wisselende omstandigheden ter plaatse en tussen plaatsen onderling zijn factoren die de praktische mogelijkheden beperken. Vooral de wisselende omstandigheden moeten als kenmerkend worden beschouwd voor de kleinschalige opzet van de jeugdgezondheidszorg voor 0-jarigen tot schoolgaanden, waarop de volgende paragrafen in hoofdzaak betrekking hebben.

4.2 Taak van de jeugdgezondheidszorg

Jeugdgezondheidszorg is gericht op de gehele populatie van 0- tot 19-jarigen; de zorg wordt individueel en groepsgewijs verleend. Het bereik van deze zorg in de bevolking is in principe groot: ongeveer 97% van

alle kinderen komt in het eerste levensjaar op het consultatiebureau (GHI, 1983). (Dit percentage blijkt overigens af te nemen in de kleuterleeftijd en als het volgende kinderen in het gezin betreft.) De positie die de jeugdgezondheidszorg ten opzichte van de bevolking inneemt bergt daardoor veel mogelijkheden in zich. Het CB heeft hierin als voordeel dat het een buurtgerichte voorziening is met een lage drempel.

In jeugdgezondheidszorg wordt men dagelijks geconfronteerd met vragen of klachten van ouders en worden signalen opgevangen die kunnen wijzen op het bestaan van problemen die op psychosociaal terrein liggen. Bij de ouders/verzorgers* is veelal sprake van een gemis aan zekerheid in de opvoeding van hun kinderen en ontbreekt het vaak aan kennis en contacten om problemen het hoofd te kunnen bieden. De in de inleiding, pag. 2 genoemde factoren die de situatie van de doelgroep bepalen, laten juist hier hun invloed gelden.

In het algemeen ligt in jeugdgezondheidszorg de signalerende taak in een zo vroeg mogelijk stadium van een scheefgaand groei- en ontwikkelingsproces van zuigeling en kleuter. Indien er sprake is van *ernstige* stoornis in de geestelijke, relationele of emotionele ontwikkeling wordt ouders in overweging gegeven zich tot de huisarts of een instelling van ambulante GGZ te wenden. In verreweg de meeste gevallen echter ziet men zich in jeugdgezondheidszorg voor de taak geplaatst vragen te beantwoorden over opvoeding, verzorging en omgang met *gezonde* kinderen en zo mogelijk het vertrouwen van ouders in eigen kunnen te vergroten.

4.3 - Attitudes

Alvorens de kennis en vaardigheden van werkers in de jeugdgezondheidszorg met betrekking tot psychosociale aspecten te kunnen omschrijven, is het goed enkele opmerkingen te maken over de attitudes van waaruit men in jeugdgezondheidszorg te werk gaat.

De eerste opmerking is dat jeugdgezondheidszorg niet zozeer een voorziening van medische, maar van sociale gezondheidszorg is, gericht op behoud en bevordering van de gezonde ontwikkeling van kinderen. Voor degenen die werkzaam zijn in jeugdgezondheidszorg betekent dit dat men een integrale visie moet hebben op het kind, dat wil zeggen op zijn geestelijke en lichamelijke ontwikkeling, en op de omstandigheden waarin het opgroeit. Dit betekent dat men gebruik maakt van alle beschikbare relevante gegevens opdat een reële schatting van de ontwikkelingstoestand in relatie tot de potenties van het desbetreffende kind mogelijk is.

Ten tweede is de jeugdgezondheidszorg gericht op primaire preventie, dat wil zeggen men tracht het ontstaan van problemen te voorkomen door anti-

* In het vervolg van deze studie wordt de term 'ouders' gebruikt, ook als dit 'vervangende' ouders betreft.

ciperende begeleiding en door het - ook ongevraagd - geven van advies. Op het bureau ontmoeten de ouders de wijkverpleegkundige en de CB-arts die deskundigheidsmacht bezitten. Vanuit deze eenzijdige machtsrelatie heeft alles wat op het CB wordt gezegd en gedaan, invloed op de vaak onzekere ouders met hun eigen opvattingen, normen en waarden ten aanzien van de omgang met en de opvoeding van kinderen.

Indien de CB-medewerkers zich hun machtspositie niet bewust zijn en deze niet goed weten te hanteren, kan hun optreden licht een inbreuk betekenen op het waardenstelsel van de ouders, met grote psychosociale implicaties. Dit geldt voor alle opmerkingen die gemaakt en adviezen die gegeven worden, maar vooral voor ongevraagd advies, indien de CB-medewerker moeilijkheden (voor)ziet waarvan de ouders zich (nog) niet bewust zijn. Het gesprek met de ouders moet daarom met omzichtigheid en met respect voor hun opvattingen worden gevoerd, waarbij rekening wordt gehouden met hun mogelijkheden. Kennis, inzichten en vaardigheden vanuit verschillende disciplines dienen in deze aanpak op het bureau te worden verenigd.

Ten derde dient men in jeugdgezondheidszorg zo goed mogelijk op objectieve wijze te kunnen omgaan met de problemen en moeilijkheden van de ander. Dit is een eis aan de competentie van zorgverleners. Wanneer men niet goed in staat is eigen emoties bij de zorgen en problemen van de ander te onderkennen en te relativeren, kan dit leiden tot moeilijkheden. Frijling-Schreuder (1970) meent dat het daarom voor de meeste artsen gewenst is een tijd onder supervisie te werken en gespreksvaardigheid te trainen. Omdat vele onderdelen van de jeugdgezondheidszorg door verpleegkundigen worden uitgevoerd, geldt deze stelling ook voor hen. Ter Haar Romeny-Wachter en Wassen-Van Schaveren (1973/74) komen naar aanleiding van hun onderzoek, waarin werd getracht door groeps gesprekken de attitudes en vaardigheden van CB-artsen meer op preventie te richten, tot de conclusie dat het vertrouwen in eigen kunnen ten aanzien van het signalerend vermogen was toegenomen. Ook steeg de behoefte aan verbetering van het eigen functioneren. Nadat ruim de helft van het aantal geplande groepsbijeenkomsten had plaatsgevonden, zeiden de deelnemers meer vragen op psychosociaal terrein te onderkennen.

De vierde opmerking is dat men in jeugdgezondheidszorg te maken heeft met het feit dat er vanuit verschillende 'denkmodellen' wordt gewerkt (Bergsma, 1981).

Eén van de problemen bij psychosociale preventie in de jeugdgezondheidszorg is dat artsen en verpleegkundigen, die in overwegende mate geschoold zijn in een biologisch-natuurwetenschappelijke traditie, in aanraking komen met verschijnselen waarin een éénduidige relatie tussen oorzaak en gevolg niet aanwezig is. In psychosociale preventie komen met andere woorden twee denkmodellen met elkaar in aanraking: enerzijds het causaliteitsdenken uit de medisch-biologische wetenschappen, anderzijds het denken uit de sociale en agogische wetenschappen dat is gericht op

processen waarin de interactie tussen elementen centraal staat. De ordening van die processen is vervat in samenhangen in plaats van in gevolgen, in voorwaarden in plaats van in oorzaken.

Wanneer vanuit een strikt medische optiek preventie wordt bedreven (naar het public-health model) moet er in beginsel sprake zijn van een traceerbare oorzaak of een complex van oorzaken en van verschijnselen, die bestreden kunnen worden. Kenmerkend in deze optiek is een actieve opstelling van de hulpverlener en diens gevolgde een meer passieve van de hulpvrager.

Preventie vanuit een agogische oriëntatie wordt procesmatig opgezet en speelt in op de veelheid van factoren die het leven van alledag bepalen. De activiteiten zijn vooral gericht op interactionele processen, ervan uitgaande dat deze veranderbaar zijn. De rol van de hulpverlener is daarbij actief luisterend; door het stellen van vragen zal worden getracht de hulpvrager meer duidelijkheid te bieden in het proces dat zich afspeelt (zie ook Bottema, 1980). De rol van de hulpvrager wordt een actief zoeken naar mogelijkheden om het gedrag zodanig te veranderen dat ervaren onvrede wordt verminderd (Fernandes-van Lookeren Campagne, 1980^b). In preventie is het de kunst te leren omgaan met de onvermijdelijke onduidelijkheid en onrust die verandering teweegbrengt.

4.4 Kennis en vaardigheden

4.4.1 Inleiding

Ten einde zo goed mogelijk voorbereid te zijn op het onderkennen van factoren en situaties op psychosociaal gebied die een bedreiging kunnen vormen voor de geestelijke gezondheid, hebben de werkers in jeugdgezondheidszorg kennis en vaardigheden op een aantal terreinen nodig. Met behulp van deze kennis is het mogelijk om ook die factoren te zien die een tegenwicht vormen tegen een dreigende verstoring van het evenwicht en een afweging te maken die de gedragslijn bepaalt.

Kennis en informatie is nodig over de volgende gebieden:

1. de normale ontwikkeling van het kind in het algemeen, de rol van zijn omgeving bij die ontwikkeling en de wisselwerking tussen kind en omgeving;
2. de populatie die men in zorg heeft, de omstandigheden in buurt of wijk en de sociale kaart;
3. het individuele kind in de concrete zorgsituatie (CB-zitting en huisbezoek).

Daarbij moeten de effecten van het eigen handelen op de situatie voortdurend worden geëvalueerd.

Naast dit alles is een grote mate van vaardigheid nodig in het hanteren en toepassen van op een CB gangbare methodieken, zoals observeren, navragen en adviseren (Korsch, 1956). Arts en wijkverpleegkundige vervullen hierbij binnen en buiten de directe teamsamenwerking specifieke rollen.

Voorwaarde voor het beheersen, bijhouden en aanvullen van deze kennis en vaardigheden is gerichte scholing en het regelmatig volgen van bijscholingen.

4.4.2 Kennis van de normale ontwikkeling

Juist het feit dat kinderen in een levensfase verkeren die gekenmerkt is door een bijzonder snelle ontwikkeling - zij maken een proces door van snelle fysieke en psychische groei en rijping - maakt dat hier een bron ligt van moeilijkheden, maar vormt tevens een aangrijpingspunt voor primaire preventie. De voortdurend veranderende mogelijkheden en daaruit voortvloeiende wensen van het kind stellen steeds nieuwe eisen aan het aanpassingsvermogen van zijn naaste omgeving, met name aan de ouders, maar ook aan de andere gezinsleden. Hierdoor wordt continu een beroep gedaan op hun geduld, begrip en inventiviteit. Doordat de wisselwerking tussen kind en omgeving zo sterk is, (zij zijn - meer nog dan de volwassen gezinsleden - op elkaar aangewezen, van elkaar afhankelijk, kunnen elkaar niet ontlopen en worden dag en nacht met elkaars reacties geconfronteerd) zullen kind en omgeving elkaar beïnvloeden, zowel in positieve als in negatieve zin. Men gaat ervan uit dat kennis van de normale ontwikkeling van kinderen en van de interacties in het gezin kan bijdragen tot het geven van inzicht in de situatie waarin ouders verkeren, tot het anticiperen van te verwachten problemen en tot het vermijden of voorkómen van belastende momenten. Daarentegen kunnen situaties gezocht en bevorderd worden die het evenwicht in de relatie kunnen bevestigen of herste

De ontwikkeling van het kind moet worden gezien als het geheel van de lichamelijke en geestelijke groei en rijping. Vooral in de eerste levensjaren is de verwevenheid van de lichamelijke en geestelijke aspecten zo groot dat het niet goed mogelijk is deze gescheiden te beschrijven (Bladergroen, 1975). Wanneer hier gesproken wordt van 'normale ontwikkeling', wordt dus uitdrukkelijk bedoeld op deze onlosmakelijke eenheid. In de preventieve zorg, die gericht is op de psychosociale ontwikkeling, staat de aandacht voor het gedrag van het kind en de relatie met de ouders centraal. Gedrags- en relatie-ontwikkeling kunnen, geplaatst tegen de achtergrond van de totale ontwikkeling, de zorgverlener veel leren over de psychische draagkracht en stabiliteit en over bedreigingen die deze kunnen aantasten.

Om de ontwikkeling te kunnen begeleiden en bevorderen is het noodzakelijk om op de hoogte te zijn van normale patronen in de geestelijke ontwikkeling van het kind, zoals deze bekend zijn uit de ontwikkelingspsychologie. Deze kennis vormt de sleutel voor de anticiperende begeleiding, hetgeen inhoudt dat de zorgverlener, uitgaande van de ontwikkelingsfase van het kind, ouders kan voorbereiden op - soms abrupte - gedragsveranderingen (eten, zindelijkheid, slapen). Ook kennis omtrent de meest voorkomende stoornissen in de ontwikkeling is nodig ten einde in staat te zijn deze tijdig te onderkennen en te signaleren (Erikson, 1964; Fraiberg, 1974; Frijling-Schreuder, 1970; Korsch, 1956).

Psychosociale zorg voor kinderen in de eerste levensjaren is vanzelfsprekend in eerste instantie gericht op de ouders. Zij vormen de belangrijkste doelgroep, ook als er geen sprake is van psychosociale problemen. En als er klachten zijn over 'moeilijkheden' met het gedrag, dan dient te worden nagegaan of deze niet hun oorsprong vinden in onbegrip of onwetendheid bij de ouders over normale ontwikkelingsverschijnselen, een te rigide vasthouden aan een star opvoedingspatroon waartegen het kind protesteert of inconsistent opvoedingsgedrag waardoor het kind onzeker en onhandelbaar wordt.

4.4.3 Kennis over de wijk en de wijkpopulatie

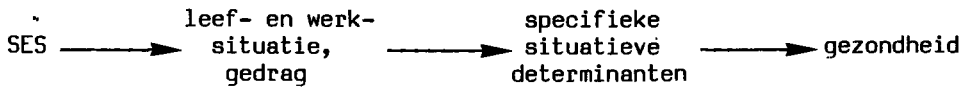
Informatie over de populatie die men in zorg heeft is nodig voor een effectieve collectief gerichte preventieve zorg, zeker in psychosociaal opzicht. Deze informatie is epidemiologisch van aard, waarmee wordt verwezen naar de omschrijving van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van jeugdgezondheidszorg als "... preventieve zorg, gericht op de gehele jeugd en gebaseerd op via epidemiologie verkregen inzichten" (1980-1981). In de basisgezondheidszorg immers dient men zich bij het opsporen en bestrijden van problemen, afwijkingen en ziekten te baseren op

- a. gegeneraliseerde kennis omtrent oorzaak, beloop en risico's van ziekten;
- b. mede door ervaring verkregen kennis omtrent behoeften en verwachtingen in de populatie;
- c. kennis over spreiding, aard en invloed van risicofactoren;
- d. inzicht in de betekenis van voorgaande punten in hun praktische toepassing en bij de beoordeling van het individuele kind.

Bij de informatieverzameling betreffende de zorgpopulatie zijn genoemde punten richtinggevend. Informatiebronnen zijn de mensen zelf die men in zorg heeft en 'sleutelfiguren' in de wijk of regio (professionele zorgverleners, vrijwilligers, informele leiders). Uit onderzoeksverslagen, (wetenschappelijke) tijdschriften en massamedia kunnen actuele feiten en inzichten geput worden, terwijl overheidsinstanties de nodige demografische gegevens leveren.

De vraag is nu welke gegevens nuttig zijn en welke betekenis eraan kan worden toegekend. Ook hier is het preventiemodel een hulpmiddel waarbij men wel steeds bedacht zal moeten zijn op het multifactoriële complex waarin gebeurtenissen plaatsvinden en waarbij vergeefs zal worden gezocht naar éénduidige oorzaak-gevolg relaties.

Veel onderzoek betreffende de mate van gezondheid heeft laten zien dat verschillen in gezondheid samenhangen met sociale en materiële determinanten. Zielhuis (1980) schetst de algemene relatie tussen de sociaal-economische status (SES) als determinant en gezondheid als volgt:



Bron: T.soc.Geneesk. 58 (1980) supplement

Vooraf in gebieden met een lage SES worden relatief meer gezondheid-bedeigende factoren aangetroffen. Habbema et al. (1981) melden dat in samenhang met het welvaartsniveau meer of minder gunstige buurtkenmerken bijeenkomen. Als met het welvaartsniveau samenhangende kenmerken die gezondheid beïnvloeden, kunnen worden genoemd:

- bevolkingsdichtheid
- kwaliteit van de woning
- voedingspatroon
- beroepsrisico's
- ongevallenrisico's rond de woning en op straat
- veel industrie in de buurt
- riskante gewoonten
- slechtere kansen in de maatschappij voor personen met een slechte gezondheidstoestand
- preventief- en ziektegedrag
- selectie door gezondheidszorgsysteem
- selectie met betrekking tot arbeidsongeschiktheid onder invloed van de arbeidsmarkt.

Het is een bekend feit dat leefcondities van invloed zijn op de lichamelijke gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Van Laar (1981) concludeert naar aanleiding van enkele onderzoeken dienaangaande dat verschillen in gezondheidstoestand bij jonge kinderen kunnen worden aangetoond, indien men de gegevens relateert aan de welstand van hun ouders en het al dan niet behoren tot minderheidsgroepen. Indicatoren voor de gezondheidstoestand die een betrouwbare maat blijken te vormen zijn lengte en gewicht. Aantal en ernst van doorgemaakte ziekten en kwaliteit van de voeding zijn niet gelijk verdeeld in de bevolking en kunnen verschillen in lengte en gewicht tussen subpopulaties verklaren.

De relatie tussen leefcondities en psychische gezondheid bij jonge kinderen is minder gemakkelijk aantoonbaar. In een onderzoek bij een kleine groep kinderen in de Verenigde Staten werden evenwel sterke correlaties gevonden tussen huiselijke omgeving, de 'ouderlijke' ('parental') attitude van de moeder, de sociale status van het gezin en de mentale ontwikkeling van twee jaar oude kinderen (gemeten naar de Bayley Mental Development Index). De psychomotorische ontwikkeling volgens Bayley bleek eveneens samen te hangen met de huiselijke omgeving en de SES (Poresky & Henderson, 1982).

Pollak (1979) heeft in een onderzoek in de Verenigde Staten en Engeland gevonden dat woonomstandigheden als zodanig het ontwikkelingsniveau van kinderen niet beïnvloeden. De mate waarin de kinderen zich ontwikkelen bleek daarentegen sterk samen te hangen met de adequaatheid van de moederlijke zorg. Tevens kon worden vastgesteld dat adequate moederlijke zorg niet noodzakelijkerwijs samenvalt met een goede kwaliteit van de huisvesting.

Mèt Pollak kan men zeggen dat slechte huisvesting alléén geen bedreiging hoeft te vormen voor de ontwikkeling van jonge kinderen. In veel gevallen echter is er sprake van een samenspel van bedreigende factoren die van grote invloed zijn op een gezin, de draagkracht kunnen aantasten en zodoende een risico vormen voor de relatie tussen ouders en kind. Naar analogie van de onderzoeksresultaten met betrekking tot de lichamelijke gezondheid bij uiteenlopende populaties moet ervan worden uitgegaan dat ongunstige psychologische, sociale en materiële factoren ook als risicofactor gelden ten aanzien van de psychosociale ontwikkeling. Verder onderzoek op dit terrein in de Nederlandse situatie moet uitwijzen in hoeverre bevestiging kan worden gevonden van bovenstaande bevindingen, die bovendien niet op alle punten blijken samen te vallen.

Naast de onderkenning en lokalisering van risicofactoren is het tevens nodig na te gaan welke ondersteuning ('support') in de wijk of buurt aanwezig en voor de desbetreffende populatie bereikbaar is. In dit verband kunnen allerlei voor de opvang van kinderen bestemde voorzieningen genoemd worden zoals crèche, peuterspeelzaal, het onderwijs, sociaal-culturele voorzieningen (onder andere buurt- en clubhuiswerk), vormen van sociale hulpverlening, maatschappelijke dienstverlening en door vrijwilligers geïnitieerde voorzieningen. Kennis van de sociale kaart is hier nuttig, dat wil zeggen men moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor (sociale) hulpverlening die in verschillende situaties kan worden geboden. Bij kinderen dient eerst en vooral te worden nagegaan welke ondersteuning vanuit het gezin wordt geboden (individuele zorg) en van welke professionele en niet-professionele steun door de desbetreffende gezinnen wordt gebruik gemaakt. Het is duidelijk dat vooral jonge kinderen nog niet in staat zijn zelf hun 'support' te organiseren: dit

geldt evenzeer voor oudere kinderen als er sprake is van een laag competentieniveau.

Samengevat komt het in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg erop neer dat gelet wordt op wijkgebonden zaken als:

- gezondheidstoestand; heersen er epidemietjes van kinderziekten, paratyfus, hoofdluis; komen de kinderen slaap te kort?
- sociale omstandigheden; is er massale werkloosheid, onvoldoende speelgelegenheid; zijn er gevaarlijke situaties (Vaandrager & De Jonge, 1980); kent men elkaar; is het gezin volledig?
- woonomstandigheden; is het een krottenwijk; zijn de huizen oud, te klein, zonder comfort; is er veel flat- en hoogbouw; leeft men onder de rook van fabrieken, vlakbij een vliegveld?
- leeftijdsopbouw; zijn er veel jonge gezinnen of is het een verouderende wijk waarin een gezin met kinderen geïsoleerd staat, of misschien juist (te) veel hulp en inmenging van ouderen krijgt?
- samenstelling van de bevolking naar land/plaats van herkomst; zijn er minderheidsgroepen (die óók uit Nederland afkomstig kunnen zijn)?
- is de bewoning stabiel of heeft er veel migratie plaats; is het een gloednieuwe wijk uitsluitend bevolkt door nieuwkomers?

4.4.4 Informatie over het individuele kind in de zorgsituatie

In de concrete zorgsituatie wordt het handelen bepaald door de meer algemene kennis zoals beschreven is in de voorgaande twee paragrafen. De feitelijke beoordeling van groei, ontwikkeling en gezondheid vindt plaats in het kader van het periodiek geneeskundig onderzoek. De gegevens hieruit zijn eventueel te vergelijken met op het medisch dossier geregistreerde bevindingen uit een vorig consult, zodat veranderingen kunnen opvallen. Daarnaast is het nodig over informatie te beschikken met betrekking tot de gezinssamenstelling, over de verzorging van het kind, de woonomstandigheden, de sfeer in huis, het functioneren van het kind en zijn gedrag. Veel van deze informatie zal doorgaans door de wijkverpleegkundige op het medisch dossier zijn genoteerd tijdens het huisbezoek.

Verdere informatie wordt verkregen via de observatie van kind en ouders op het bureau. Ook vragen en spontane opmerkingen van ouders zijn van betekenis, omdat deze inzicht kunnen geven in het bestaan van eventuele moeilijkheden thuis en met opvoeding en gezondheid. De sfeer en openheid tijdens het consult zijn hierbij van grote invloed, vooral wanneer het gaat om emotioneel beladen onderwerpen. Veel informatie echter zal tijdens het consult moeten worden verkregen door het stellen van vragen.

Het gaat er dan om niet door een onbedoeld kritische ondertoon de ouders af te schrikken (het consult is tenslotte geen examen). Grote vaardigheid is vereist om in de korte tijd die het individuele consult is toegemeten, een subtiel interactieproces tussen zorgverlener en ouders tot stand te brengen en het gesprek naar een voor alle partijen bevredigend resultaat te leiden. Adviezen over feitelijke kennisaangelegenheden als voeding en kleding of wat te doen bij ziekte, staan hierin minder op de voorgrond dan de bevestiging van het vertrouwen bij ouders in het vermogen zelf een geschikte gedragslijn te bepalen.

4.5 Wijkverpleegkundige en CB-arts in de jeugdgezondheidszorg

4.5.1 Inleiding

CB-arts en wijkverpleegkundige werken nauw samen en vullen elkaar aan. Zij hebben elk hun eigen indicatiegebied, waar de voor ieders beroep specifieke kennis en vaardigheid het best tot zijn recht komt, en zijn alleen al daardoor in staat de cliënt een veelomvattende zorg te bieden. Niet voor niets spreekt men van het CB-team, waarin de taken in veel opzichten complementair zijn. Dit blijkt vooral gedurende de gehele bureauzitting en vindt zijn condensatiepunt in de 'nabespreking' die aansluit op de zitting. Deze nabespreking biedt de gelegenheid om informatie en indrukken uit de consulten en uit huisbezoek uit te wisselen en te evalueren. Op CB's waar de wijkverpleegkundige een zelfstandig aandeel heeft in de consulten (CB's 'nieuwe stijl') wordt aan het teamgesprek tussen CB-arts en wijkverpleegkundige hoge eisen gesteld wat betreft inhoud, vorm en structuur.

4.5.2 De rol van de wijkverpleegkundige

Taak en werkwijze van de wijkverpleegkundige in de jeugdgezondheidszorg dienen apart te worden belicht. Van de wijkverpleegkundige wordt immers veel uitvoerend werk verwacht, tijdens de CB-zitting en daarbuiten. In wijken met veel jonge kinderen neemt jeugdgezondheidszorg vaak de helft van de werktijd van de wijkverpleegkundige in beslag, voor een deel in de vorm van huisbezoeken. Het huisbezoek ten behoeve van de jeugdgezondheidszorg heeft een vaste plaats in de werkwijze van de wijkverpleegkundige. De Nationale Kruisvereniging schat (1977) dat voor een optimale prenatale zorgverlening twee huisbezoeken à twee uur per aanstaande moeder nodig zijn. In de zuigelingenperiode zouden volgens dezelfde bron een drietal huisbezoeken à $\frac{3}{4}$ uur dienen te worden afgelegd en in de

kleuterperiode in de loop van drie jaar zes huisbezoeken à 1/2 uur per kind. Gezien de beperkte mankracht en middelen is deze streefnorm onbereikbaar gebleken.

Door het ambulante karakter van de functie heeft de wijkverpleegkundige de mogelijkheid het contact met de doelgroep continu te onderhouden - idealiter te beginnen in de prenatale periode - tijdens huisbezoeken of op spreekuren, via gespreksgroepen of cursussen voor (aanstaande) ouders en via de CB-zittingen. Juist voor het psychosociale aspect in de zorg is dit van eminent belang omdat voor preventie de relatie met de ouders op het persoonlijke vlak goed moet zijn. Alleen dan is een vertrouwelijk gesprek mogelijk en zinvol en leidt het tot ongedwongen uitwisseling van informatie en gedachten over soms emotioneel beladen onderwerpen.

Het is daarom van belang bij jeugdgezondheidszorg voor 0-jarigen tot schoolgaanden niet alleen te denken aan de zittingen van het CB voor zuigelingen en kleuters dat op een vast adres en een vast uur plaatsvindt. Als het moet, kan door de wijkverpleegkundige op flexibele wijze tussen de bureauezittingen door, worden ingesprongen op vragen om advies, hulp of bijstand. Het huisbezoek heeft dan als voordeel dat de wijkverpleegkundige de ouders in hun eigen omgeving ontmoet en de thuissituatie mede in ogenschouw kan nemen. Op grond van die kennis kan de te volgen gedragslijn - eventueel in overleg met de CB-arts - worden afgestemd.

Soms zal een huisbezoek op indicatie worden afgelegd. Dit extra-routine-matige huisbezoek is meestal nodig als tijdens een CB-consult blijkt dat het CB-team aanvullende informatie nodig heeft om zich een goed oordeel te kunnen vormen over de op het bureau gepresenteerde problematiek. Dit is te meer van belang aangezien bij psychosociale zorg kennis van de gezinssituatie onmisbaar is om tot goede begeleiding te komen. Ook is het mogelijk ouders uit te nodigen voor een extra bezoek aan het bureau of aan de wijkverpleegkundige voor een gesprek of advies, al mist men dan het voordeel van de mogelijkheid de huiselijke situatie zelf waar te nemen. Ten slotte zal het soms nodig zijn de ouders te adviseren zich te wenden tot huisarts of MOB en dit toe te lichten met behulp van informatie die op grond van directe observatie ten huize van de cliënt is verkregen.

Veel van wat in deze studie wordt gezegd over de mogelijkheden van psychosociale preventie in jeugdgezondheidszorg komt voor rekening van de wijkverpleegkundige: maatschappelijke gezondheidszorg is voor de wijkverpleegkundige in de regel een dagtaak. De meeste artsen verrichten hooguit een aantal CB-zittingen per week, in veel gevallen naast een andere (beroeps)praktijk (GHI, 1980; Swaak, 1982).

De wijkverpleegkundige heeft een aparte en zelfstandige taak in de jeugdgezondheidszorg. Door de ambulante functie en de mogelijkheid tot intensief contact met de doelgroep kan de wijkverpleegkundige over veel

informatie beschikken met betrekking tot de populatie in de wijk. Daarnaast kan de wijkverpleegkundige als werker in de (curatieve) eerste lijns zorg beschikken over informatie, afkomstig uit andere sectoren: huisartsenzorg, maatschappelijk werk, gezinszorg, etcetera.

Doordat de wijkverpleegkundige in het teamverband van de basiseenheid werkt, bestaat de mogelijkheid tot vergelijken van eigen bevindingen met die van anderen en kan er steun worden gevonden bij het oplossen van problemen of het nemen van beslissingen, ook met betrekking tot individuele gevallen. In samenwerking met de hoofdwijkverpleegkundige kan overleg worden gevoerd met hulpverleners uit andere werksoorten.

4.5.3 De rol van de CB-arts

In tegenstelling tot de wijkverpleegkundige die haar taak ook buiten het CB - ambulant - vervult, beperkt de CB-arts - niet huisarts - zich voornamelijk tot werkzaamheden tijdens de CB-zitting, afgezien van taken, zoals het onderhouden van contacten ten behoeve van ouder(s) en kind met intermediaire personen (bijvoorbeeld huisartsen, kleuterleidsters en leidsters van peuterspeelzalen), en administratieve werkzaamheden. De CB-arts ontmoet ouders en kind alleen tijdens de zitting, maakt geen huisbezoek en heeft geen 'adres', dat wil zeggen is buiten de zittings-tijden doorgaans niet bereikbaar.

Deze begrenzing van de actie van de arts in de zuigelingen- en kleuterzorg in tijd en plaats accentueert het preventieve karakter van de werkzaamheden en bakent deze duidelijk af ten opzichte van curatieve werkzaamheden die behoren tot de taak van de huisarts. Deze kleine actieradius beperkt enerzijds het handelen en de invloed van de CB-arts, anderzijds geeft het de ouders het voordeel en de zekerheid van het eigen initiatief: ontmoetingen hebben alleen plaats op het bureau en alleen dan wanneer dat gewenst wordt.

De gebruikelijke begeleiding op het CB omvat een groot aantal contacten (10 à 12 op het CB voor zuigelingen, of 5 à 6 op het CB 'nieuwe stijl'; 4 of meer op het CB voor kleuters), die vaak zeer intensief zijn. De gezamenlijke belangstelling en zorg voor het kind biedt talloze aanknopingspunten voor een gesprek en de intimiteit van de situatie op het bureau leidt licht tot vertrouwelijkheid. Door de ouders wordt de CB-arts, in vergelijking met de wijkverpleegkundige, vaak gezien als een deskundige op toch weer andere gebieden van de verzorging en opvoeding van kinderen met een, door het specifieke werk, grote ervaring. De CB-arts wordt beschouwd als een deskundige bij wie men kan komen met vragen en problemen die niet met ziekte te maken hebben en die de gelegenheid heeft daarop in te gaan. Vaak vervult de CB-arts voor de ouders de rol van verstandige, ervaren gesprekspartner. Over sommige zaken praat men gemakkelijker met de wijkverpleegkundige, voor andere vindt men de CB-

arts de aangewezen persoon. Doorslaggevend zal wel zijn tot welke persoonlijkheid men zich het meest aangetrokken voelt en bij wie men het meeste begrip en stimulerende kritiek of raadgeving verwacht.

De CB-arts dient te beschikken over de nodige kennis omtrent de specifieke moeilijkheden die het ouderschap met zich mee kan brengen, omtrent de ontwikkelingsfasen van het kind en de daarmee samenhangende problemen, en omtrent de door ouders en kinderen uitgezonden signalen. Al naar het stadium waarin de ouder zich ten aanzien van de problematiek bevindt, staan de CB-arts vier interventiemogelijkheden ten dienste. In de eerste plaats kan worden gereageerd op directe vragen van de ouders. Een tweede gelegenheid voor primaire preventie is de voorbereiding van ouders op gedragsveranderingen die bij het kind zijn te verwachten (anticiperend begeleiden). Ten derde kan hij in een vroeg stadium de signalen opvangen van problemen die uit de hand dreigen te lopen. Als dit stadium is bereikt, kan hij in de vierde plaats ingaan op de noodsignalen die hem bereiken en zonodig een verwijsadvies geven.

Niet alleen het opvangen en interpreteren van signalen en het goed verstaan van vragen is moeilijk, maar vooral het kiezen van de juiste reactiewijze. Aangezien het hier in hoofdzaak relationele problemen betreft, is er maar zelden een 'deskundig advies' te geven. In de meerderheid van de gevallen zal, samen met de ouders, gezocht moeten worden naar een voor hen aanvaardbare en toepasbare oplossing, die veelal een verandering van het gedrag van de ouders zal inhouden. Van de CB-arts wordt daartoe gevraagd, "naast kennis en vaardigheden met betrekking tot de inhoud van de zorg, de attitude te hebben de ouders zo zelfstandig mogelijk te maken of te laten blijven" (één van de uitgangspunten van de applicatiecursussen voor CB-artsen).

Daar de medewerkers op het CB vrijwel altijd onder de tijdsdruk van de begrensde consultduur werken, is het een hele opgave om alle taken met inbegrip van die op het gebied van psychosociale zorg naar behoren te vervullen. Dit geldt in versterkte mate als ook buitenlandse kinderen de bureaus bezoeken.

4.6 Taken en middelen

4.6.1 Inleiding

Binnen de taakstelling van de jeugdgezondheidszorg vindt longitudinale medische en psychosociale begeleiding plaats; als regel wordt deze zorg individueel verstrekt. Centraal staat het periodiek onderzoek dat sociaal-medisch van aard is en in principe bij elk kind plaatsvindt.

Dit onderzoek is gericht op het volgen van groei en ontwikkeling, het uitsluiten van pathologie en het signaleren van bedreigingen of onvolkomenheden.

Naast het verlenen van somatische en psychosociale preventieve zorg vindt in jeugdgezondheidszorg het stimuleren en bevorderen van zelfzorg en spontane, vrijwillige mantelzorg steeds meer erkenning; hieronder moet ook steun aan zelfhulpgroepen worden gerekend. Het is afhankelijk van de mogelijkheden ter plaatse in hoeverre hierop het accent wordt gelegd. De zorg dient bij voorkeur afgestemd te zijn op andere reeds bestaande voorzieningen.

4.6.2 Longitudinale begeleiding

In de jeugdgezondheidszorg richt men zich op het individu, uitgaande van de vragen: "Is het kind gezond, zijn er geen bedreigingen, is de weerstand voldoende, zijn er geen problemen in algemene zin?" Daarnaast is het nodig zich een beeld te vormen over de mate waarin het kind wordt opgevangen in de verschillende milieus waarin het functioneert. De ondersteuning in het gezin verdient daarbij veel aandacht.

Vooraf bij jonge kinderen is de begeleiding op de ouders gericht; deze begeleiding is anticiperend indien op grond van leeftijdsfase, bevindingen bij onderzoek of mededeling van de ouders, 'crises' (komst van broertje of zusje, ziekenhuisopname) dan wel 'ontwikkelingscrises' (problemen met eten, slapen en zindelijkheid) te verwachten zijn. In het programma van activiteiten van de jeugdgezondheidszorg zoals beschreven door de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne (NBMK) (1972) wordt aan deze aspecten ruim aandacht besteed.

Boven de AGGZ, die de preventie veelal op 'risicogroepen' richt, heeft de jeugdgezondheidszorg als voordeel gebaseerd te zijn op het periodiek contact met vrijwel ieder individu van de doelgroep. Hierdoor beschikt men in de jeugdgezondheidszorg over longitudinale informatie omtrent risicofactoren, de potenties en capaciteiten die in het individuele kind zelf besloten liggen en de mate van ondersteuning die het ondervindt. Daarnaast is er de mogelijkheid in het rechtstreekse contact op specifieke wensen te reageren; in jeugdgezondheidszorg is zodoende een duidelijke 'vraagbaakfunctie' te onderscheiden (NIK, 1980).

Wanneer in het contact met kind en ouders psychosociale problemen vermoed worden of zich duidelijk manifesteren, staan verschillende wegen voor interventie open. Tijdens de CB-zitting kan door middel van een gesprek worden getracht de problematiek te verhelderen en aan te geven hoe eventuele oplossingen zouden kunnen worden bereikt. Vaak kan het huisbezoek van de wijkverpleegkundige aanvullende informatie opleveren. Uitgangspunt in deze aanpak is de relatie van het kind tot zijn omgeving waardoor adviezen meer op de huiselijke situatie kunnen worden afgestemd; soms kan hierdoor worden voorkomen dat herhaalde bezoeken aan bureau of dienst nodig zijn. Op de rol van de arts en de verpleegkundige hierbij is reeds in paragraaf 4.5 nader ingegaan.

Bij ernstiger problematiek zal het veelal nodig zijn te verwijzen naar of overleg te voeren met hulpverleners in de AGGZ-sector, of in de medische dan wel paramedische sector. Juist door de multifactoriële bepaaldheid van psychosociale problemen is ook samenwerking met disciplines uit de AGGZ noodzakelijk. Initiatieven tot meer hechte vormen van samenwerking zijn de laatste jaren op vele plaatsen tot stand gekomen, bijvoorbeeld in de vorm van multidisciplinaire teams waar de signalen en eventuele behandeling en begeleiding worden besproken. In veel ziekenhuizen functioneren psychosociale kinderteams ten behoeve van diagnose en behandeling van gecombineerde somatische en psychosociale problemen (Kuiper & Vaandrager, 1982).

In aansluiting op het werk van CB's zijn in sommige plaatsen pedagogische bureaus opgericht, bestemd voor kortdurende begeleiding op opvoedkundig gebied (Fernandes-van Lookeren Campagne, 1980^a). Elders, met name in Amsterdam, wordt het werk op de zuigelingen- en kleuterbureaus gesteund door psychiatrisch-sociaal werkenden. Deze houden spreekuur op het adres van het CB en kunnen aansluitend op het CB-bezoek worden gconsulteerd (Bais, 1983).

Uitgaande van de informatie en kennis die in de zorgverlening worden opgedaan met betrekking tot het welbevinden en de gezondheidstoestand van de doelgroep, zal het soms noodzakelijk zijn omstandigheden in de directe omgeving van leden van de zorgpopulatie te beïnvloeden. De jeugdgezondheidszorg dient zich ten aanzien van dit aspect op te stellen binnen het netwerk van aanwezige voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, maatschappelijke dienst- en hulpverlening, sociaal-cultureel werk, (kinder)justitiële en onderwijs-instellingen en dergelijke. Voorlichting, consultatie en overleg kunnen deel uitmaken van het pakket van activiteiten in dit verband. Uiteraard kunnen ook sleutelfiguren in wijk of buurt worden benaderd.

Het is denkbaar dat vanuit de jeugdgezondheidszorg in bepaalde gevallen een actieve opstelling wordt gekozen ter verbetering van achterstandssituaties of bij de oplossing van gemeenschappelijke problemen in de buurt. Steun aan initiatieven zoals het opzetten van crèches, speelgroepen, het creëren van veiliger verkeerssituaties, speelgelegenheden en groenvoorzieningen, maar ook acties ten behoeve van bijvoorbeeld lawaai-bestrijding behoren tot de mogelijkheden.

Beleidsadvisering behoort tot de taken van de jeugdgezondheidszorg (NBMK, 1972). In het kader van de collectief gerichte preventieve zorg voor jeugdigen als deel van de basisgezondheidszorg, is het mogelijk (hernieuwde) besluitvorming van de overheid te stimuleren op terreinen waar de gezondheid schade ondervindt (Van de Water, 1981). Langs deze - indirecte - weg is het voor de jeugdgezondheidszorg mogelijk gezondheidsbedreigende factoren binnen de eigen invloedssfeer te brengen. Ook hier zal samenwerking met andere disciplines vaak noodzakelijk blijken.

4.6.3 Ondersteuning bij opvoeding

Tot zover is de psychosociale preventie in de jeugdgezondheidszorg binnen het ruime kader van de sociale gezondheidszorg uitgewerkt. Er zijn echter nog meer mogelijkheden, waarbij op ontwikkelingen in het kruiswerk kan worden gewezen. Wanneer men ervan uitgaat dat de behoeften van veel ouders liggen op het vlak van het verminderen van onzekerheid en angst bij de opvoeding en het opdoen van kennis en contacten, is een groot gebied van taken voor de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk aangegeven. Globaal kan dit taakgebied worden omschreven als voorlichting ten aanzien van de opvoeding, individueel en aan groepen, en steun aan initiatieven van uiteenlopende aard op het gebied van zelf- en mantelzorg en zelfhulp.

Opvoedingsvoorlichting heeft van oudsher een belangrijke plaats ingenomen in de moeder- en kindzorg van het kruiswerk. Door Schilder (1980) is de stand van zaken in de opvoedingsvoorlichting geïnventariseerd. Landelijk gezien blijken de ontwikkelingen wisselend te verlopen: opvoedingsvoorlichting in de vorm van oudercursussen behoorde aanvankelijk tot de taken van de districtsverpleegkundige, maar in steeds meer provincies worden hiertoe wijkverpleegkundigen ingeschakeld, die speciaal worden bijgeschoold.

De vorm van de cursussen is sterk veranderd: van het 'klassikale' model is overgestapt naar gespreksgroepen waar het uitwisselen van ervaringen en praktische ideeën centraal staat. Enkele uitgangspunten voor oudergespreksgroepen zijn:

- de voorlichting dient afgestemd te zijn op de specifieke behoeften van (aanstaande) ouders;
- de voorlichting moet aansluiten bij datgene, wat op *dit* moment leeft bij de (aanstaande) ouders;
- emotionele steun en bevestiging dienen een zwaar accent te krijgen;
- (aanstaande) ouders dienen gestimuleerd te worden om zelf actief te zijn in het voorlichtingsproces.

Schilder (ibid.) merkt op dat het bereik van de gespreksgroepen echter nog gering is: 10% van de doelgroep is deelnemer. Zij meent dat dit lage percentage vermoedelijk zijn oorzaak vindt in het feit dat lang niet iedereen bekend is met gespreksgroepen. Aan de andere kant zouden ook de mankracht en middelen niet toereikend zijn om het aanbod te verruimen.

4.6.4 Zelfhulp

In de hulpverlening op het gebied van de psychosociale problematiek wordt er steeds meer van uitgegaan dat naast deskundigheid ook herken-

ning van de problematiek door eigen ervaring mensen geschikt maakt om adequate hulp te kunnen verlenen. Ex-verslaafden helpen verslaafden in afkick-centra, alleenstaanden bellen elkaar, moeders passen op elkaars kinderen, enzovoort. Dit komt tot uiting in de ontwikkeling van steeds meer zelfhulpgroepen. Ten Have (1980) vermeldt de volgende karakteristieken van zelfhulpgroepen:

- spontaan ontstaan en vrijwillige participatie;
- een gemeenschappelijk probleem of een gemeenschappelijke behoefte;
- gericht op een specifiek doel: het oplossen van een probleem of het voorzien in een behoefte; verandering van de persoon of van de sociale omgeving;
- middelen die gebruikt worden: wederzijdse hulp op basis van persoonlijk contact tussen de deelnemers en persoonlijke verantwoordelijkheid voor elkaar;
- de overtuiging dat behoeften niet kunnen worden bevredigd en problemen niet kunnen worden weggenomen door maatschappelijke instituties, maar moeten worden aangepakt door de groepsleden zelf.

De bijdrage die professionele hulpverleners kunnen leveren zal meer educatief en minder interveniërend van aard zijn. Zelfhulp-activiteiten kunnen niet worden beoordeeld op basis van criteria die ontleend zijn aan de professionele zorgverlening. De evaluatie van zelfhulp moet gericht zijn op veranderingen in het besluitvormingsproces van de deelnemers, het terugdringen van zorgafhankelijkheid, en veranderingen in het niveau waarop een populatie haar welzijn ervaart.

Doordat ouders onderling en gemeenschappelijk trachten knelpunten in de relatie tussen het kind en zijn omgeving op te lossen, ontstaan mogelijkheden om escalatie te voorkomen die anders zou leiden tot situaties waar professionele hulp onvermijdelijk is. Artsen en verpleegkundigen krijgen dan een ondersteunende taak, namelijk om samen met de ouders problemen bij de opvoeding van het kind te signaleren, en voor ouders mogelijkheden te scheppen om hun ervaringen met anderen te delen, met als doel het probleem-oplossend vermogen van de mensen te vergroten.

De jeugdgezondheidszorg kan dan tevens vaardigheden en middelen aanreiken waarmee de mensen zelf aan de slag kunnen. Daarbij kan gedacht worden aan het oefenen van communicatieve vaardigheden, het beschikbaar stellen van ruimten waarin mensen kunnen samenkomen, het verzorgen van een (klein) documentatiecentrum, het geven van cursussen, of het bemiddelen bij het aantrekken van inleiders voor bepaalde onderwerpen.

In het kruiswerk is inmiddels ervaring opgedaan met het opzetten van gelegenheden waar ouders elkaar kunnen ontmoeten en steunen in de omgang met hun kinderen. Schilder (1980) maakt melding van de "Spel- en Opvoedwinkel", een gezamenlijke activiteit van het kruiswerk in Groningen en de Stichting Kind en Opvoeding (K en O/Opvoedingsvoorlichting). Deze

'winkel' is open op de uren dat er CB wordt gehouden. In de wijk waar deze activiteit is gestart, wonen verschillende sociale en ethnische groepen. Het is een oude volkswijk met slechte behuizing, weinig speelgelegenheid en veel werkloosheid. Na lang zoeken is de definitieve vorm voor de winkel gevonden: men kan komen en gaan wanneer men wil, met andere moeders praten, de kinderen laten spelen en gesprekken hebben met de winkelteam-mensen. Aanvankelijk fungeerde de winkel vooral als ontmoetingsplaats in de buurt zonder dat men verplicht was over opvoeding te praten. Na enige jaren kon steeds meer inhoud worden gegeven aan de voorlichtingsfunctie van de winkel, door middel van groeps- en individuele gesprekken, gebruik van folders, uitlenen van speelgoed, enzovoort. Door Dries (1981) wordt verslag gedaan van ervaringen rond het opzetten van een ontmoetingsruimte voor ouders op een CB. Een aantal vrijwilligers heeft van de hal van het CB een gezellige ruimte gemaakt waar ouders tijdens de zitting een kop koffie kunnen drinken en met elkaar praten. De opzet vertoont veel gelijkenis met de "Spel- en Opvoedwinkel". Het initiatief tot het experiment is uitgegaan van een werkgroep "Ouders voor ouders", mede gestimuleerd door de stichting K en O.

4.6.5 Evaluatie: het belang van registratie

Evaluatie van preventieve activiteiten op psychosociaal gebied is geen gemakkelijk opgave. Deze evaluatie vraagt om een duidelijk en concreet inzicht in de psychische stoornissen die bestreden en voorkomen moeten worden, kennis van het 'natuurlijk beloop' (zo dit adequaat te beschrijven is) en van de sociale en materiële factoren die hierbij een rol spelen. Evaluatie van effecten is des te moeilijker omdat deze longitudinaal zou moeten worden uitgevoerd. Van de actie of interventie die nu wordt ondernomen is niet met zekerheid te zeggen of deze een verandering in gunstige zin zal hebben teweeggebracht, noch op welke termijn men effect kan verwachten. Dit maakt preventie ook tot zo'n moeilijke aangelegenheid.

Op het niveau van de individuele preventieve zorg is het meten van het effect van het handelen niet minder moeilijk: het vraagt ten eerste om een bruikbare, operationele formulering van de preventiedoelen op korte en lange termijn, en ten tweede om het verkrijgen van de geschikte gegevens. Richtlijnen voor een algemene aanpak van de evaluatie van preventieve activiteiten in jeugdgezondheidszorg zijn moeilijk te geven. Hier zal worden volstaan met enkele kanttekeningen.

In de op het individuele kind gerichte *longitudinale* zorg speelt registratie van bevindingen een essentiële rol. Longitudinale observatie impliceert een serie vergelijkbare waarnemingsmomenten waardoor het mogelijk is de ontwikkeling te volgen en te beoordelen. Veranderingen in gunstige of ongunstige zin zijn alleen op deze manier vast te stellen.

Deze vergelijking van gegevens en bevindingen gaat niet alleen op voor in maat en getal uit te drukken parameters of de scores op een ontwikkelingsschaal; ook het 'verhaal' van de ouders en, later, van het kind zelf is van belang. Inhoud en subjectief oordeel zouden evenzeer, desnoods in trefwoorden, kunnen worden vastgelegd.

Van Wieringen (1980) stelt dat het mogelijk is door longitudinale observatie en registratie risico-opleverende factoren in de relatie-ontwikkeling tot ouders, gezinsleden en het bredere milieu, te volgen. Door recente gebeurtenissen en feiten te beoordelen tegen de achtergrond van vroegere bevindingen is het mogelijk vast te stellen of de begeleiding het gewenste gevolg heeft gehad.

Tegen deze gedachte zou bezwaar kunnen worden gemaakt vanwege het privacy-gevoelige karakter van de gegevens die worden genoteerd. Men dient zich af te vragen welke gegevens geregistreerd moeten worden: alleen 'harde' feiten of ook subjectieve gegevens met betrekking tot reacties en emoties, en de ouder-kind relatie. Het betreft hier per slot van rekening gegevens die jarenlang met het kind meegaan en in handen komen van andere zorgverleners in opeenvolgende leeftijdsfasen. Het gevaar van stigmatiseren is zeker niet denkbeeldig. Een mogelijke oplossing van dit probleem bestaat uit het gebruik van een losbladig dossier, waaruit ouders bij inzage - waarop zij ten allen tijde recht hebben - bladen met 'gevoelige' informatie kunnen laten verwijderen. De kern van de problematiek is de vraag welke gegevens zinvol zijn en de toelaatbaarheid van registratie in ethisch en moreel opzicht.

Zonder een goede registratie is controle op en evaluatie van de effecten van het eigen handelen niet goed mogelijk. Voor het aantonen van de 'waarde' van jeugdgezondheidszorg, dat wil zeggen de 'externe' evaluatie, leent deze registratie zich echter minder goed. Gericht onderzoek met een hiervoor apart opgezette gegevensverzameling verdient dan de voorkeur.

Tenslotte kunnen niet alleen door middel van registratie de effecten van de zorg op korte termijn worden getoetst, maar ook door overleg met andere disciplines en met sleutelfiguren in de wijk, onderwijskrachten, etcetera. Het netwerk van voorzieningen waarin de jeugdgezondheidszorg functioneert kan, met andere woorden, als feedback-systeem worden benut.

5. JEUGDGEZONDHEIDSZORG, PSYCHOSOCIALE PREVENTIE EN BELEID

De doelstelling van de jeugdgezondheidszorg is de laatste decennia onderwerp van discussie geweest. Onder invloed van maatschappelijke veranderingen heeft zich in de inhoud van de jeugdgezondheidszorg een verschuiving in de richting van psychosociale zorg voorgedaan (Herngreen et al., 1981). In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de vraag in hoeverre in de (landelijke) beleidsontwikkeling ten aanzien van jeugdgezondheidszorg op deze verschuiving is ingespeeld.

Een belangrijk moment in deze ontwikkeling is het verschijnen van het rapport "Jeugdgezondheidszorg - inhoud en uitvoering" van de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne (NBMK, 1972). In dit rapport wordt een aantal taken op het gebied van preventie genoemd. Samengevat komen deze op het volgende neer:

- medische handelingen, en individuele advisering en GVO;
- groepsvoorlichting aan ouders; in schoolgezondheidszorg wordt deze incidenteel gegeven op ouderavonden en ook wel aan groepen schoolkinderen;
- informatie en GVO via massamedia;
- groepsvoorlichting door professionele opvoeders;
- advisering aan beleidvoerende instanties en personen.

Ten aanzien van de primaire preventie wordt in het rapport gesteld dat een goede attitude van de 'helper' voorwaarde is voor het opbouwen van een gezonde relatie. Nader wordt ingegaan op psychosociale begeleiding bij ziekenhuisopname van het kind en op de seksuele opvoeding respectievelijk voorlichting. In het kader van secundaire en tertiaire preventie speelt jeugdgezondheidszorg een rol bij de vroege herkenning van stoornissen in de geestelijke ontwikkeling.

In het rapport wordt voorts een aantal factoren genoemd die de uitbouw van de zorg belemmeren. Enkele van deze belemmeringen lijken nu nog aanwezig:

- het ontbreken van structurele mogelijkheden om aspecten van geestelijke gezondheid van jeugdigen in de beleidsvorming in te brengen;
- het ontbreken van voorzieningen voor behandeling, hetgeen vaak een rem is om tot vroege opsporing en diagnostiek over te gaan, ook al is in principe behandeling mogelijk;
- de onvoldoende (na)scholing van artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg op het gebied van de psychosociale opsporings- en adviseringsmethodieken.

Vanzelfsprekend zijn op bovengenoemde punten aanzetten gegeven om tot verbetering te komen.

Bij het opheffen van andere destijds in het rapport genoemde knelpunten zijn vorderingen gemaakt:

- een programmatisch opgezette GVO wordt tot ontwikkeling gebracht;
- kennis over de normale ontwikkelingsgang en haar variatiebreedte bij jeugdigen is beschikbaar en onder andere in de vorm van het herziene Van Wiechen-schema voor de CB's voor zuigelingen en kleuters operationeel gemaakt (Werkgroep Van Wiechen, 1983);
- door regionalisering en herstructurering is getracht allerlei voorzieningen in een betere onderlinge samenhang te brengen (RIAGG-vorming) (de aansluiting tussen jeugdgezondheidszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg behoeft evenwel nog veel aandacht);
- mede door het werk van de Landelijke Commissie VTO zijn duidelijke aanzetten gegeven tot realisatie van multidisciplinaire aanpak van onderzoek en begeleiding.

In het rapport wordt niet verheeld dat primaire preventie en advisering moeilijke aangelegenheden zijn, onder andere als gevolg van het feit dat bij ouders de behoefte aan begeleiding en hulp ten aanzien van psychosociale problematiek veelal slechts in latente vorm aanwezig zou zijn. Bij de werkers in jeugdgezondheidszorg zou grote behoefte bestaan aan bijscholing op het gebied van gespreksvoering, waaraan nog onvoldoende kan worden tegemoet gekomen. Daarnaast wordt in het rapport opgemerkt dat kennis ten aanzien van ontwikkelingspsychologie, ouder-kind relatie, emotionele problematiek van jeugdigen, relatie met maatschappelijke situaties, opvoedkunde en achtergronden van verschillende opvoedingspatronen meer aan bod zouden moeten komen in de opleidingen.

De opeenvolgende adviesaanvragen aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV) ten behoeve van de landelijke beleidsontwikkeling ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg zijn in "Jeugdgezondheidszorg in Nederland" (Herngreen et al., 1981) uitgebreid behandeld. In het "Interimadvies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen" (CRV, 1979) staat te lezen dat de Raad geen uitspraak kan doen over aard en omvang, alsmede over vroegtijdige onderkenning van met name ontwikkelingsneurologische en psychosociale/emotionele stoornissen, aangezien hierover te weinig bekend is. De werkgroep van de Centrale Raad die het Interimadvies heeft voorbereid is echter van mening (Addendum I) "dat de psychische, psychomotorische en psychosociale ontwikkeling buitengewoon belangrijk is. Ook wordt onderkend dat opsporing van stoornissen in deze ontwikkeling een zeer moeilijk methodologisch probleem kan zijn." In hoeverre dit 'tot taak van de huisarts' moet worden gerekend, laat men dan ook in het midden. Alvorens definitieve beslissingen te kunnen nemen, dienen meer gegevens ter beschikking te komen; experimenten zouden hiertoe moeten worden opgezet.

5.1 Recente ontwikkelingen

De laatste jaren lijken de standpunten in de beleidsontwikkeling ten aanzien van preventie en vroegtijdige onderkenning (VTO) van psychosociale stoornissen in jeugdgezondheidszorg, zich te wijzigen. Dit blijkt uit enkele rapporten en verslagen.

Het verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4-jarigen 1978 (GHI, 1980) maakt melding van de problemen die op het kleuterbureau gepresenteerd worden. Deze liggen vooral op het gebied van ontwikkelingsstoornissen, leeftijdsfaseproblematiek, relatie- en emotionele stoornissen, moeilijkheden op het emotionele vlak in de moeder-kind relatie, alsmede huwelijksproblemen. Ook kindermishandeling komt men tegen. Om een indruk te geven van de omvang van de problematiek wordt het jaarverslag 1978 van de GG & GD Amsterdam aangehaald waaruit blijkt dat van 14.397 kleuters 5% werd verwezen naar de huisarts, 1,5% naar de psychiatrisch-sociaal werker, 0,15% naar de jeugdpsychiater en 0,3% naar het Audiologisch Centrum. Nadere uitwerking van deze gegevens ontbreekt.

Twee andere publikaties verdienen in deze context bijzondere aandacht, te weten:

- het Eindrapport van de Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen (VTO-rapport; ISG 4, 1981), en
- het Eerste Rapport van de Interdepartementale Werkgroep Ambulante en Preventieve Voorzieningen voor hulpverlening aan jeugdigen (IWAPV, 1981).

In het VTO-rapport worden voorstellen gedaan voor een landelijke structuur waarin de VTO qua doelstelling, taak, werkwijze, methodieken en samenwerking in multidisciplinair en interorganisatieel verband, gestalte dient te krijgen. Veel nadruk wordt gelegd op een integrale benadering zowel van hulpvragen als bij opvang en begeleiding van kind en ouders. Multidisciplinaire samenwerking is hierbij voorwaarde. Tot nu toe ontbreekt er nog veel aan samenhang in het functioneren van allerlei op jeugdgezondheids- en welzijnszorg gerichte voorzieningen. Het belang van de voorstellen van de Commissie ligt vooral in het feit dat VTO-samenwerking hierin een bijdrage kan vormen. Aan psychosociale problematiek - omschreven als emotionele en relationele stoornissen - wordt in een addendum bij het VTO-rapport uitgebreid aandacht besteed.

Gesteld wordt dat het, om de ontwikkeling van kinderen goed te kunnen volgen, nodig is meerdere peilingen te verrichten: een kind-en-gezinvolgende benadering is hier op zijn plaats. De 'eerstelijns-werker' dient het kind niet los te zien van het gezin of van het milieu waarin het opgroeit.

Opvallend is dat in dit verband alleen wordt gesproken van 'eerstelijns-

werkers' en dat de georganiseerde jeugdgezondheidszorg, die de longitudinale begeleiding tot taak heeft, niet met name wordt genoemd.

Het Eerste Rapport van de Interdepartementale Werkgroep is een verslag van haar werkzaamheden. Deze werkgroep heeft tot taak:

- a. het inzicht verschaffen in inhoud en structuur van de bestaande ambulante voorzieningen voor preventie en hulpverlening aan jeugdigen en de daarop gerichte beleidsinstrumenten;
- b. het doen van beleidsvoorstellen voor de verbetering van de functies van deze voorzieningen met het oog op een evenwichtig voorzieningenpatroon;
- c. het aangeven van wegen en instrumenten om het voorgaande te bereiken;
- d. het ontwikkelen van voorstellen ten einde te komen tot één netwerk van ambulante en (semi-)residentiële voorzieningen voor preventie en hulpverlening aan jeugdigen.

In het Eerste Rapport worden vooral de taken a. en b. uitgewerkt. De werkgroep stelt onder meer dat voorzieningen voor preventie en hulpverlening aanvullend van aard zijn. De taak om problemen het hoofd te bieden ligt in eerste instantie bij ouders en opvoeders en - met het ouder worden - in toenemende mate bij het kind zelf. Terughoudendheid moet worden betracht bij de opsporing van stoornissen, vooral als dit populatiegericht geschiedt; opsporing heeft alleen dan zin als hulpverlening ook metterdaad kan worden geboden.

Een belangrijke conclusie in het rapport van de IWAPV is dat preventie moet worden versterkt, op lichamelijk, maar ook op psychosociaal en pedagogisch terrein, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin. In dit verband wordt opgemerkt dat er in het bestaande voorzieningenstelsel een lacune is: er zijn te weinig gemakkelijk toegankelijke voorzieningen die bij minder ernstige problemen hulp kunnen bieden. Voor de ouders van 0-4-jarigen en van 4-12-jarigen ontbreekt een dergelijke voorziening bijna geheel. Naar de mening van de werkgroep is de aanwezigheid van lichte vormen van hulpverlening noodzakelijk om aansluiting te kunnen geven op preventieve activiteiten. Het ontbreken van een dergelijke voorziening legt een zware druk op de MOB's, terwijl vroeg geboden hulp de noodzaak van zwaardere vormen van hulp kan verminderen. Tot de 'lichte vormen van hulp' moet ook het verstrekken van adviezen worden gerekend.

Om aan genoemde taken toe te komen zouden de CB's moeten worden versterkt; hieraan dienen volgens de werkgroep de volgende overwegingen te worden verbonden:

- de vereiste deskundigheidsbevordering met het oog op vergroting van de mogelijkheden tot psychosociale preventie; dit kan gevolgen hebben voor de personeelsomvang;
- de noodzaak om gerichte activiteiten te ontplooiën voor bepaal-

de risicogroepen, waaronder met name kinderen van culturele minderheden;

- de noodzaak tot intensivering van het overleg en de samenwerking met andere voorzieningen;
- de behoefte aan meer ondersteuning vanuit de provinciale kruisverenigingen.

Ook voor de leeftijdsgroep van 4-12-jarigen zou ten behoeve van preventie en lichte vormen van hulpverlening een minimum aanbod van activiteiten ter beschikking moeten komen, die bovendien gemakkelijk bereikbaar zijn. Hiervoor geldt in de voorwaarden-scheppende sfeer ongeveer hetzelfde als voor de CB's.

Hoewel dus moet worden voorzien in de lacune van lichte vormen van hulpverlening in directe aansluiting op preventieve activiteiten, dient uitgangspunt voor het beleid te zijn dat er geen nieuwe voorzieningen worden geschapen. Gekozen zou moeten worden voor verdere uitbouw en ontwikkeling van bestaande preventieve voorzieningen (CB's en schoolartsendiensten) zodat kan worden geprofiteerd van hun grote bereik in de populatie. Er moet gestreefd worden naar het tot stand komen van een samenhangend circuit op kleinschalig (wijk- of buurt-)niveau.

5.2 Discussie

Zorg voor de psychosociale ontwikkeling en preventie van problemen is één van de prioriteiten in jeugdgezondheidszorg (NBMK, 1972). Belangrijke knelpunten in het bereiken van deze doelstelling zijn een gebrekkige instrumentalisering, hetgeen onderzoek nodig maakt, en (nog) onvoldoende opleiding en (gespreks-)training van de uitvoerders, hetgeen vraagt om de beschikbaarstelling van voldoende middelen. Mede omdat resultaten van psychosociale zorg en preventie moeilijk 'hard' aantoonbaar zijn, is in de beleidsadvisering ten aanzien van de overheid de psychosociale preventie nog onvoldoende aan bod gekomen. In officiële commentaren op het Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) is op dit aspect weinig gewezen. Het belang van jeugdgezondheidszorg ligt echter niet meer alleen in de somatische zorg en preventie. Nu mortaliteit en morbiditeit zijn teruggedrongen, is er gelegenheid meer aandacht te besteden aan behoud en bevordering van de psychische draagkracht in de bevolking als belangrijke gezondheidsvariabele.

Al sinds jaar en dag zorgen de kruisorganisaties voor opvoedingsvoorlichting als element van psychosociale zorg in het kader van de jeugdgezondheidszorg. Geleidelijk aan is vanuit de provinciale kruisorganisaties aan de ondersteuning en uitbouw van de opvoedingsvoorlichting meer aandacht geschonken, bijvoorbeeld door uitbreiding van de staf met een pedagoog of door het betrekken van GVO-consulenten bij de werkzaamheden (Schilder, 1980).

In het Eindrapport van de Landelijke Commissie VTO (ISG 4, 1981) is eveneens aandacht besteed aan psychosociale zorg; het zwaartepunt in het advies van deze Commissie ligt echter bij (vroeg) opsporing en signalering van stoornissen in de emotionele en relationele ontwikkeling van jonge kinderen (secundaire preventie). In het addendum van de subcommissie 'Werkmethoden' van de Landelijke Commissie VTO wordt geconcludeerd dat methoden voor tijdige signalering nog nauwelijks voorhanden zijn. Aangedrongen wordt op voortgezet onderzoek op dit terrein.

De aandacht vanuit het landelijk overheidsbeleid voor preventieve voorzieningen voor jeugdigen, ook op psychosociaal en pedagogisch terrein, heeft meer structureel gestalte gekregen in de vorming van de IWAPV. De werkgroep komt tot de bevinding dat er een lacune is op het gebied van lichte vormen van hulpverlening op psychosociaal en pedagogisch gebied, in directe aansluiting op de collectief-preventieve voorzieningen voor jeugdigen. Aanbevolen wordt mogelijkheden voor lichte vormen van hulpverlening tot stand te brengen en deze 'in te bouwen' in bestaande voorzieningen (CB's en schoolartsendiensten).

Twee van de hoofddoelstellingen van jeugdgezondheidszorg, positieve gezondheidszorg en primaire preventie, zijn in de hiervoor genoemde adviezen en nota's, met uitzondering van die van de NBMK, onvoldoende uit de verf gekomen. In de voor 'preventie'* gekozen begripsomschrijving in het Eerste Rapport van de IWAPV komt de nadruk vooral te liggen op signalering bij risicogroepen en vroeg hulpverlening, al dan niet in lichte vorm (dus secundaire preventie). Primaire preventie echter (GVÖ, (anticiperende) advisering, advisering van beleidsinstanties, enzovoorts) speelt in op factoren en invloeden die op korte of lange termijn voor de geestelijke gezondheid van belang zijn. Juist vanuit deze optiek die voor de jeugdgezondheidszorg algemeen geldig is, zou men zich niet alleen moeten bepalen tot groepen met een voorspelbaar risico. Een belangrijke eigenschap van de collectief-gerichte preventieve zorg is dat de hele (gezonde) populatie object van zorg is, waarbij eventueel tijdige onderkenning van risicodragende individuen en subpopulaties kan leiden tot gerichte acties. Anders gezegd: primaire preventie - zorgen dat wie gezond is, gezond blijft (Ter Haar Romeny-Wachter, 1977) - kan niet beperkt worden tot risicogroepen die a priori bekend zijn.

In deze beknopte behandeling van enkele ontwikkelingen in het (overheids)beleid is gebleken dat er duidelijk aandacht en waardering is

* Onder preventie verstaat de Interdepartementale Werkgroep "het voorkomen van problemen van lichamelijke, psychologische en (ped)agogische aard bij voorspelbare risicogroepen door tijdige interventie, welke plaatsvindt door middel van rechtstreekse beïnvloeding van de risicogroep of indirect door het activeren van daarvoor in aanmerking komende instanties." (IWAPV, 1981)

ontstaan voor een bredere scala van activiteiten dan alleen somatische zorg. Hoewel effecten niet altijd direct aantoonbaar zijn, wil dat nog niet zeggen dat deze afwezig zijn. Onderzoek naar de 'needs and demands' en zo mogelijk naar de effecten van preventief handelen in de populatie blijft nodig om jeugdgezondheidszorg verder inhoud en vorm te geven.

6. CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING

6.1 Algemene conclusies

6.6.1 Doel van de jeugdgezondheidszorg

In deze studie betreffende de psychosociale preventie in jeugdgezondheidszorg is onderzocht welke taken op dit gebied thans worden uitgevoerd, de daarbij gevolgde werkwijze en hoe de jeugdgezondheidszorg op dit gebied verder zou kunnen worden ontwikkeld. De studie is beperkt tot de leeftijdsgroep van 0-jarigen tot schoolgaanden, waarvoor de zorg wordt verleend vanuit de CB's voor zuigelingen en kleuters door artsen en wijkverpleegkundigen.

Jeugdgezondheidszorg kan worden omschreven als 'individueel en collectief gegeven longitudinale preventieve zorg, gericht op de gehele jeugd en gebaseerd op via epidemiologie verkregen inzichten'. Uitgangspunt van deze studie is dat jeugdgezondheidszorg een vorm van basisgezondheidszorg is, dat wil zeggen op preventie gericht en niet primair op indicatie verleend, en bestemd voor de gehele bevolking van de betreffende leeftijd.

Doel van de jeugdgezondheidszorg is het behouden en bevorderen van de gezondheid van (jonge) kinderen en het voorkómen van ziekte door middel van het bevorderen van gezond gedrag en een gezonde leefwijze, het geven van immunisaties en het verrichten van periodiek geneeskundig onderzoek. Deze primaire preventie is voor wat betreft de geestelijke gezondheid geïndiceerd door de kwetsbaarheid van het jonge kind, die bestaat uit een verhoogde gevoeligheid voor schadelijke invloeden op de onderling sterk verweven gebieden van lichaam en geest. Bovendien kunnen in een periode van snelle ontwikkeling kleine verstoringen ernstige gevolgen hebben.

Doordat de jeugdgezondheidszorg zich richt op alle - in principe gezonde - leden van de populatie heeft zij een ruimere doelgroep dan de ambulante geestelijke gezondheidszorg, die in de regel is gericht op specifieke behoeftegroepen, maar zelden op jonge kinderen en hun ouders.

6.1.2 Psychosociale preventie

Psychosociale preventie ofwel preventie van psychosociale problemen is moeilijk te omschrijven. De reden hiervan is dat het begrip 'psychosociaal' een breed gebied omvat van onderling sterk verweven maatschappelijke, sociale en psychische factoren in het functioneren van mensen. De problemen in deze sfeer uiten zich bij ouders en kinderen veelal in emo-

tionele en relationele moeilijkheden rond de opvoeding. In het algemeen zijn psychosociale problemen te zien als het gevolg van verstoringen in de relatie tussen individu en omgeving (het gezin en de samenleving in wijder verband). Genoemde verstoringen treden op wanneer de verhouding tussen individuele draagkracht en draaglast onder invloed van allerlei gebeurtenissen uit balans raakt. Ten aanzien van de preventiestrategie hangt het in hoge mate van persoonlijke inzichten en opvattingen af of men het aangrijpingspunt zoekt in het individu zelf of in zijn omgeving, het gezin of de maatschappij.

Primaire preventie vanuit de jeugdgezondheidszorg is gericht op behoud en versterking van de draagkracht van het jonge, zich in snel tempo ontwikkelende individu. (Anticiperende) begeleiding en voorlichting van ouders bij de opvoeding zijn daartoe de belangrijkste hulpmiddelen.

De preventie is daarnaast óók gericht op het elimineren respectievelijk minimaliseren van risicofactoren en andere negatieve invloeden in een stadium dat gezondheidsschade nog niet is opgetreden of kan worden beperkt. Aangrijpingspunten zijn hier de sociaal-economische situatie van het gezin, de woon/leefsituatie, de verhoudingen binnen het gezin en de relatie van het gezin met de directe omgeving. Voorlichting, advisering en verwijzing zijn de middelen die daartoe in jeugdgezondheidszorg ter beschikking staan, evenals signalering bij de overheid van gezondheidsbedreigende situaties.

In concrete termen kunnen de resultaten (de 'effecten') van psychosociale preventie maar moeilijk worden aangegeven. In feite dient de beoordeling uit te gaan van de mate waarin men erin slaagt signalen op te vangen en juist te interpreteren, bijtijds te interveniëren en daardoor het ontstaan van ernstige problemen en blijvende ernstige gezondheidsschade te voorkomen.

Psychosociale preventie is ook normatief begrensd: wat de één ervaart als een heftig opvoedingsconflict met ingrijpende gevolgen voor de gezinsverhoudingen, wordt door de ander relatief gemakkelijk opgevangen zonder dat dit leidt tot blijvende verstoringen.

6.1.3 Middelen

Jeugdgezondheidszorg is een preventieve voorziening en draagt daarmee een geheel ander karakter dan de gezondheidszorg vanuit de curatieve eerste en tweede lijn. Het gezonde kind staat in principe centraal en daarom vraagt het werk in deze sector van de uitvoerders andere attitudes, kennis en vaardigheden dan het curatieve werk. In essentie gaat de zorgverlening uit van een integrale visie op kind en gezin. Bepalend voor de kwaliteit is de vaardigheid van de zorgverlener in het omgaan met vele gegevens van uiteenlopende aard, het vermogen problemen van anderen in te voelen en op hun reële waarde te schatten en tenslotte het

gesprek met de cliënt zodanig te leiden dat hiervan een motiverende en stimulerende werking uitgaat tot het zelfstandig tegemoet treden van gedrags- en opvoedingsproblemen. De hiervoor vereiste professionele attitudes worden langs de weg van scholing en bijscholing gevormd. Voor jeugdgezondheidszorg dient dan ook een specifieke opleiding te worden gevolgd in de vorm van een applicatiecursus. Voor het adequaat hanteren van door opleiding verworven kennis en vaardigheden is bovendien ervaring nodig; deze kan alleen in de praktijk worden opgedaan, waarbij als voorwaarde zou moeten worden gesteld, dat vooral in de aanvang onder supervisie wordt gewerkt.

Op diverse plaatsen wordt echter de vraag signaleerd of het wel mogelijk is alleen door bijscholing in de behoefte aan kennis en vaardigheid te voorzien en of wellicht aan jeugdgezondheidszorg een consultatieve en adviserende bijdrage moet worden geleverd door deskundigen op pedagogisch en ontwikkelingspsychologisch terrein. Door middel van experimenten worden nieuwe oplossingen gezocht om aan de vraag naar meer specifieke deskundigheid tegemoet te komen. Eén van de mogelijkheden is het doen houden van een apart spreekuur door pedagoog, psycholoog of psychiatrisch sociaal werker (PSW) waarheen vanuit het bureau rechtstreeks verwezen kan worden.

Een bezwaar is, dat de aanstelling van extra krachten voor aparte gesprekken moeilijk algemeen te verwezenlijken is. Bovendien strookt een specialistische aanpak niet met het principe van de basisgezondheidszorg. Beter haalbaar en meer in overeenstemming met de principes van jeugdgezondheidszorg is het de CB's zodanig uit te rusten dat daar de deskundigheid aanwezig is om door middel van anticiperend begeleiden opvoedingsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen en op algemene, lichte opvoedingsproblemen in te gaan. Een andere oplossing wordt dan ook gezocht in de vorm van consultatie ten einde de deskundigheid van CB-werkers te vergroten.

Niettemin is de vraag aan de orde welke problematiek nog wel, en welke niet door artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg kan worden behandeld. Er is behoefte aan een complementaire voorziening, tussen MOB en CB in, voor de moeilijker en meer tijdsinvestering vergende problematiek. Voor het creëren van een dergelijke vorm van lichte hulpverlening zou een verruiming van de aan de jeugdgezondheidszorg eigen structurele mogelijkheden en aanpassing van de werkwijze van de AGGZ nodig zijn. Te denken valt bijvoorbeeld aan poliklinische gesprekken waarheen door het CB op zeer korte termijn kan worden verwezen.

De kennis en informatie uit de praktijk van de zorgverlening geeft een breed inzicht in de levensomstandigheden en gezondheidstoestand van de zorgpopulatie. Door het periodieke contact kunnen bovendien met de tijd optredende veranderingen worden waargenomen waardoor het mogelijk is bepaalde - mogelijk specifieke en afwijkende - behoeften te schatten. Soms

zal hieruit de conclusie moeten worden getrokken dat op wijk- of buurt-niveau bepaalde maatregelen nodig zijn welke door andere voorzieningen of (overheids)instanties zouden moeten worden getroffen. Vanuit de jeugdgezondheidszorg dienen dan positieve invloeden in de omgeving van het opgroeiende kind te worden gestimuleerd en negatieve, gezondheidsbedreigende factoren te worden bestreden, onder andere door middel van beleidsadvisering aan de overheid.

6.1.4 Voorlichting en zelfzorg

Door de kruisorganisaties is door de jaren heen aandacht besteed aan het organiseren van oudercursussen ten behoeve van opvoedingsvoorlichting. De deelname hieraan is relatief beperkt, dat wil zeggen dat slechts 10% van de doelgroep door deze vorm van voorlichting wordt bereikt.

Naast het verstrekken van professionele zorg waartoe ook de oudercursussen zijn te rekenen, is door de kruisorganisatie het bevorderen van zelfzorg en zelfhulp ter hand genomen door het bieden van faciliteiten voor diegenen die een bepaalde activiteit willen opzetten, en door het geven van informatie en voorlichting. Twee gedachten liggen aan deze ontwikkeling ten grondslag: ten eerste heeft de overtuiging bij velen terrein gewonnen dat niet voor alle problemen van het dagelijks leven door de gevestigde instanties een oplossing kan worden geboden; het zou zelfs niet wenselijk zijn dit na te streven. Ten tweede bestaat het streven om de zorgafhankelijkheid, die de laatste decennia te veel zou zijn toegenomen, terug te dringen. Door zelfzorg, mantelzorg en zelfhulp te bevorderen zou de verantwoordelijkheid voor gezondheid en welbevinden weer gelegd worden waar deze thuishoort, namelijk bij het individu en het gezin. De mate waarin professionele zorg door zelf- en mantelzorg kan worden vervangen is overigens afhankelijk van de aard van het object van zorg en van de deskundigheid en vaardigheid die voor de zorgverlening vereist zijn.

6.1.5 Registratie

Een essentieel hulpmiddel van de jeugdgezondheidszorg is de registratie van de bevindingen in een daarvoor bestemd dossier. Alleen door het longitudinaal vastleggen van de onderzoeksgegevens is het mogelijk veranderingen betrouwbaar in de tijd te volgen en eventuele afwijkingen te signaleren.

Daarnaast is registratie van groot belang voor de controle op en evaluatie van het handelen in de jeugdgezondheidszorg door de werkers zelf ('zelfevaluatie'). De gegevens leveren weliswaar geen direct inzicht in de bereikte effecten van de preventieve zorg, maar geven wel informatie

over het zorgproces en over de zorgpopulatie. Effectevaluatie echter van de psychosociale preventie in de jeugdgezondheidszorg kan alleen via gericht (longitudinaal) wetenschappelijk onderzoek op duidelijk afgegrensde deelgebieden plaatsvinden.

6.1.6 Beleid

In stukken met betrekking tot het beleid inzake de jeugdgezondheidszorg is de aandacht voor de gezonde geestelijke ontwikkeling, opvoedingsvoorlichting, zorg voor de psychosociale ontwikkeling en pedagogische hulpverlening een vast thema. Steeds wordt gewezen op het belang van een gezonde geestelijke ontwikkeling voor de totale gezondheid en op de functie van de jeugdgezondheidszorg hierbij, terwijl aan de andere kant wordt benadrukt vooralsnog geen al te hooggespannen verwachtingen te koesteren over de resultaten van psychosociale zorg. Meer en diepgaand onderzoek wordt wenselijk geacht, terwijl door opleidingen en bijscholingen de kwaliteit van het werk zou moeten worden bevorderd.

Door de Landelijke Commissie VTO (ISG-4, 1981) en door de IWAPV (1981) is uitgebreid aandacht besteed aan de psychosociale preventie. In hun rapporten wordt onder andere gewezen op de noodzaak de vroege opsporing en signalering van (emotionele en relationele) stoornissen te bevorderen, dat wil zeggen secundaire preventie te versterken. De door de IWAPV gekozen invalshoek, specifieke risicogroepbenadering, houdt echter een beperking in ten opzichte van de jeugdgezondheidszorg als vorm van collectieve preventie. In jeugdgezondheidszorg wordt de jeugd als geheel beschouwd als *kwetsbare* groep, waarbinnen risicogroepen dienen te worden signaleerd. Echter, er is slechts een beperkt aantal risicofactoren bekend terwijl men bovendien vaak niet weet hoe deze in een specifieke populatie uitwerken. Preventie a priori richten op risicogroepen betekent dus een onverantwoorde inperking van het werkterrein. Het bestempen van delen van de populatie jonge kinderen tot specifieke risicogroep werkt bovendien stigmatisering in de hand. Het blijft voorkeur verdienen jeugdgezondheidszorg primair te richten op alle gezondheidsbedreigende en -bevorderende factoren, na te gaan in hoeverre er tekortkomingen zijn in de omgeving van het kind en zo mogelijk het zelfvertrouwen van de ouders te vergroten. Pas na zorgvuldige overweging dient ingrijpen in de vorm van een advies of verwijzing plaats te vinden, dat wil zeggen bij constatering van een omschreven gevaar waarvan ernstige blijvende gevolgen voor de gezondheid en het welbevinden van het kind moeten worden gevreesd.

6.2 Psychosociale preventie in jeugdgezondheidszorg: een professionele aan gelegenheid?

Psychosociale preventie ingebed in jeugdgezondheidszorg die een groot bereik heeft, is in zekere zin relatief eenvoudige en goedkope preventie. Moeilijker is het om te bepalen waar de grenzen liggen.

Problemen, tegenslag, evenals voorspoed en geluk, behoren tot het gewone menselijke bestaan en ook het nog jonge kind zal aan moeilijkheden niet kunnen ontkomen. Ouders ondervinden in de opvoeding van en omgang met hun kinderen tegenslag en teleurstelling die door de meesten zonder al te ernstige conflicten of spanningen te boven wordt gekomen. Activiteiten in het kader van de primaire preventie kunnen hierbij een rugge steun zijn. Preventie mag echter - als dat al mogelijk zou zijn - niet zover gaan dat opgroeiende kinderen de kans niet krijgen door ervaring te leren, ook als deze ervaring verdrietig of schokkend is. Zowel veron achtzaming als overbescherming zijn uit den boze. De discussie gaat eigenlijk over de vraag wat normaal, draaglijk en leefbaar is en welke ervaringen zonder nadelige restverschijnselen kunnen worden doorgemaakt. Het antwoord zal voor ieder individu in ieder voorkomend geval anders zijn.

Het is niet mogelijk algemene grenzen aan preventie te stellen. Iedere zorgverlener in jeugdgezondheidszorg zal steeds weer eigen grenzen moeten trekken, zijn handelen hierop afstemmen en de normen en waarden van de cliënten respecteren. Een juiste positiekeuze bepaalt uiteindelijk of het beoogde resultaat: een zo groot mogelijke groep 'gezonde' kinderen, ook inderdaad wordt bereikt, zonder dat dit leidt tot te sterk van zorginstanties afhankelijke mensen.

Ouders komen naar het CB met de behoefte aan geruststelling en bevestiging, ook al wordt dat in de regel niet expliciet verwoord. Indien deze geruststelling wordt gegeven in de vorm van een strikt advies of een leefregel, zou dat weleens het tegengestelde van het beoogde effect kunnen hebben. De vragende ouder krijgt ogenschijnlijk rust in de zekerheid dat het probleem wel zal worden opgelost. Zelfstandig en actief zoeken naar het eraan ten grondslag liggende conflict en naar mogelijkheden om dit op te lossen of te vermijden, lijkt zodoende echter niet te worden gestimuleerd.

Een gesprek daarentegen waarin niet direct oplossingen worden geformuleerd, maar waarin ouders ertoe worden bewogen zelf hun gedrag te evalueren en dit zo nodig te veranderen, kan meer bewerkstelligen. De vorm is geen 'statisch' adviesgesprek, maar een dynamische interactie tussen ouders en arts of verpleegkundige; het streven naar verandering staat hierin centraal. Hoewel in die verandering verbetering besloten hoort te liggen, betekent dit streven voor de betrokkenen ook de bewuste aanvaarding van onrust die met elke verandering gepaard gaat. De geboden bege-

leiding en hulp kan mensen ertoe brengen zelf verandering aan te gaan en onrust te verdragen; met andere woorden, ook in jeugdgezondheidszorg is het mogelijk zelfzorg te stimuleren.

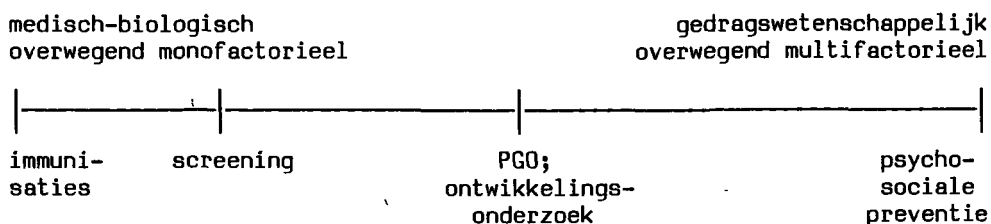
Het valt geheel binnen het verwachtingspatroon van de meeste ouders, die vaak zelf met vragen komen, dat feitelijke adviezen worden gegeven over voeding, gedrag en ziekten. Het periodieke onderzoek naar gezondheidstoestand en ontwikkeling leidt natuurlijk ook tot vragen van de ouders die graag willen weten hoe het met hun kind gaat. Het ligt in de rede dat arts of verpleegkundige naar bevind van zaken en naar behoren hierop antwoorden.

De preventieve taak ten aanzien van psychosociale aspecten echter vraagt om een meer terughoudende opstelling. Alleen adviezen die uitgaan van de mogelijkheden van de cliënt kunnen voor hen passend en aanvaardbaar zijn. Voor advisering die aan deze voorwaarde voldoet is het nodig te beschikken over gespreksvaardigheid en open te staan voor informatie betreffende de mogelijkheden en beperkingen van de persoon zelf tegen de achtergrond van zijn sociale en materiële milieu(s). Een professionele vaardigheid in de uitvoering van deze taak is een vereiste.

Bevordering van zelfzorg is een voorwaarde voor primaire preventie. Het betekent dat professionals zich terugtrekken van die gebieden waar mensen - in dit geval ouders - al dan niet georganiseerd, zelf kunnen werken aan hun eigen situatie door middel van voorlichting, acties et cetera. Ook zelfhulp, al dan niet in groepsverband, heeft hierin een plaats. Professionele zorg kan hierbij aansluiten door voorwaarden te scheppen, raad te geven en desnoods te interveniëren. Dit kan onder meer bestaan uit een goede epidemiologische gegevensverzameling en -bewerking waarvan de resultaten als relevante informatie ter beschikking komen van leken. Een epidemiologische visie is eveneens een voorwaarde voor primaire preventie (Ter Haar Romeny-Wachter, 1982).

Psychosociale preventie in jeugdgezondheidszorg is een professionele aangelegenheid omdat daarvoor specifieke attitudes en specifieke vaardigheden vereist zijn. Psychosociale preventie kan ook niet ten volle van achter het bureau tot zijn recht komen. Een actieve en participatieve opstelling van de zorgverleners, zowel ten opzichte van de doelgroep als binnen het netwerk van voorzieningen in de eerste en tweede lijn, is een vereiste. Zorgverleners in jeugdgezondheidszorg zouden meer 'out-reaching' te werk kunnen gaan, waarbij de aandacht onder meer kan uitgaan naar groepen met voor het CB niet bekend risico (zoals 'wegblijvers'), gezinnen onder afwijkende omstandigheden of gekenmerkt door ziekterisico, handicap of afwijkend behoeft patroon (Phaff, 1983). De contouren van een nieuw professioneel paradigma voor jeugdgezondheidszorg worden daarmee zichtbaar.

In het rapport "Jeugdgezondheidszorg in Nederland" (Herngreen et al., 1981) is gesteld dat de werkwijze en organisatie van de jeugdgezondheidszorg afgestemd dienen te zijn op doelstelling en inhoud. In deze studie is getoond dat de doelstelling van jeugdgezondheidszorg een brede scala van taken en activiteiten impliceert. Het formuleren van organisatorische voorwaarden voor de vervulling van deze grote verscheidenheid van taken zal moeten aansluiten bij de vele, soms tegenstrijdige eisen die uit dit veelsoortige takenpakket zijn af te leiden. De taakcomponenten van de zorg zijn immers naar hun methodieken, middelen en uitkomsten niet altijd uit te drukken in kwantitatieve parameters. In feite is er sprake van een continuüm van taakinhouden, dat kan worden gekenmerkt als lopend van zuiver medisch-biologisch naar voornamelijk gedragswetenschappelijk, en dat als volgt globaal kan worden geschetst:



Voor het aangeven van organisatorische voorwaarden ten aanzien van de activiteiten die alleen zijn te beschrijven in kwalitatieve termen, zal men dan ook aangewezen zijn op afgeleide gegevens die iets kunnen zeggen over inhoud en uitkomsten. De noodzaak hiertoe doet zich overigens ook voor ten einde de samenhang in het zorgpakket met inbegrip van psychosociale preventie te onderbouwen en naar buiten te legitimeren. Ten aanzien van de organisatie kan worden vastgesteld dat de noodzaak van flexibiliteit, dat wil zeggen voldoende ruimte voor variatiemogelijkheden in uitvoering en vormgeving, vooral opgaat voor activiteiten die naar hun aard, inhoud en methoden niet strak zijn te normeren of in te passen in stringente kaders. Het ligt in de lijn van het betoog in dit rapport, dat gestreefd zou moeten worden naar een verdere ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg in de richting van systematisch werken, hetgeen hier wil zeggen dat activiteiten plaatsvinden volgens vooraf vastgelegde procedures, werkwijzen en verslaglegging van uitgevoerde werkzaamheden en bevindingen. Hiervoor zal een duidelijke organisatorische vormgeving en een goede ondersteuning door opgeleide en ervaren krachten onmisbaar zijn.

6.3 Onderzoek

De gedachtenlijnen met betrekking tot psychosociale preventie in de jeugdgezondheidszorg die in deze studie zijn behandeld, zouden door middel van onderzoek verder moeten worden uitgewerkt en op hun praktische bruikbaarheid en uitvoerbaarheid getoetst. De uitkomsten van dit onderzoek zouden dan kunnen worden gegeneraliseerd en verspreid, evenals ervaringen en inzichten die nu in de praktijk van de psychosociale preventie worden opgedaan. Zodoende kan onderzoek leiden tot verdieping van kennis en verbetering van de vaardigheden van degenen die in jeugdgezondheidszorg werkzaam zijn. Onderzoek zal daarnaast gericht dienen te zijn op het verschaffen van informatie die relevant moet worden geacht voor het te voeren beleid op het gebied van jeugdgezondheidszorg en psychosociale preventie.

Tegen de achtergrond van deze inleidende opmerkingen wordt, ter afsluiting van deze studie, een aantal onderwerpen voor onderzoek opgesomd. Deze onderwerpen, die voor een groot deel werden genoemd door de Provinciaal Artsen voor de Jeugdgezondheidszorg, zijn naar thema gegroepeerd en aangevuld. In paragraaf 6.4 zal tenslotte een enkele opmerking worden gemaakt over de aan deze onderwerpen te verlenen prioriteit. Wellicht kunnen de uitkomsten van onderzoek wegen aanduiden waarlangs aan de psychosociale preventie, gebaseerd op de uitgangspunten van basisgezondheidszorg, verder vorm en inhoud kan worden gegeven, en tevens kunnen zij een bijdrage vormen bij het geven van inhoud aan opleidingen.

1. In de jeugdgezondheidszorg gevolgde methoden en werkwijzen met betrekking tot psychosociale preventie.

Als aandachtspunten in relatie tot dit onderwerp kunnen worden genoemd:

- de feitelijke gang van zaken tijdens CB-zitting en huisbezoek (met name bij het prenatale huisbezoek en bij het 'kleuterhuisbezoek' dat steeds minder wordt afgelegd);
- de inhoud van de advisering, het gebruik van adviseringsplannen en follow-up;
- het aandeel van arts en verpleegkundige in de advisering en de specifieke, naar de beroepsachtergrond te onderscheiden aanpak en inhoud;
- achtergrondfactoren bij de zorgverleners die hun attitudes bepalen (levensbeschouwing, persoonlijke geschiktheid en getalenteerdheid, 'kindbeeld', normen en waarden);
- de gebleken kennis en vaardigheden van in de jeugdgezondheidszorg werkzame personen in verband met hun discipline en de uitgevoerde werkzaamheden.

Binnen deze punten zou aan de kleuterzorg bijzondere aandacht moeten worden verleend gezien de specifieke kenmerken hiervan.

2. De consument en de zorg.

Onderzoek naar de ervaringen van ouders met en hun oordeel over de geboden zorg:

- verwachtingen ten aanzien van de zorg en ten aanzien van gedrag en houding van de zorgverleners;
- zorgbehoefte en feitelijke vraag, alsmede de kennis waarover ouders beschikken omtrent het grootbrengen van kinderen;
- knelpunten en ervaren onvrede;
- suggesties voor verbetering.

3. Non-participanten en 'wegblijvers'.

Het verschijnsel van de non-participatie en het wegblijven, hetgeen wil zeggen dat geen gehoor (meer) wordt gegeven aan uitnodigingen op een CB-zitting te verschijnen, is strijdig met het basisgezondheidszorgkarakter van de jeugdgezondheidszorg (100% deelname, maximaal bereik in de doelgroep). Soms blijkt bij het huisbezoek dat ziekenhuisopname, verhuizing, ziekte en dergelijke de oorzaak is. Maar er blijft een groep ouders en kinderen die in het geheel niet wordt bereikt (IWAPV, 1981). Onderzoek kan uitgaan naar de volgende punten:

- de vraag of non-participanten en 'wegblijvers' een speciale groep met een verhoogd risico vormen;
- de samenstelling van deze groepen;
- het deel van deze groepen dat elders in zorg is;
- de redenen om niet (meer) aan jeugdgezondheidszorg deel te nemen.

Opgemerkt kan worden dat dit onderwerp zich zeer goed zou lenen voor gecombineerde bestudering met onderwerp 2.

4. Hulpverlening vanuit de jeugdgezondheidszorg

Voorzieningen van jeugdgezondheidszorg zijn in de eerste plaats preventieve instellingen die niet primair op daadwerkelijke hulpverlening zijn ingesteld. Niettemin zijn de grenzen tussen zorg en hulp niet scherp te trekken en zal in veel gevallen door middel van een advies of eenvoudig voorschrift lichte hulp worden verleend. De IWAPV (1981) stelt voor, de CB's te laten uitgroeien tot voorzieningen voor lichte psychosociale hulpverlening. Enkele aandachtspunten in verband met onderzoek naar de haalbaarheid en te vervullen randvoorwaarden van deze beleidsoptie zijn:

- de ruimte die de huidige opzet van de zorgverlening op CB's biedt voor een verbreed activiteitenpakket;
- de inhoud en aard van lichte hulpverlening; de criteria voor de begrenzing van deze hulp ten opzichte van de curatieve voorzieningen in de eerste en tweede lijn;
- de benodigde deskundigheden en vaardigheden van uitvoerders en kaderpersoneel om deze functie tot zijn recht te laten komen en de benodigde bijscholing;

- de gevolgen voor de personeelsomvang;
- de voorwaarden voor en mogelijkheden van consultatie vanuit de AGGZ ten aanzien van deze functie.

5. De positie van de jeugdgezondheidszorg in wijk of buurt

Onderzoek binnen dit onderwerp kan worden toegespitst op de volgende deelonderwerpen:

- de communicatie- en verwijspatronen tussen preventieve en curatieve voorzieningen, al dan niet in de residentiële sfeer, voor jeugdgezondheids- en welzijnszorg;
- de invloed van CB-teams op slechte woon- en milieu-omstandigheden met de hieraan verbonden aspecten (Phaff, 1983); het maken van een overzicht van situaties waar werkers uit de jeugdgezondheidszorg actief dan wel stimulerend meewerken in buurtgerichte activiteiten;
- onderzoek naar de relatie tussen milieufactoren, 'social gradients', draagkracht en welbevinden, in het bijzonder in jonge gezinnen en tegen de achtergrond van de bereikbaarheid van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

6. Registratie

Aantekeningen in het jeugdgezondheidszorgdossier worden gemaakt ten einde het verloop van groei en ontwikkeling van jeugdigen bij te houden en om afwijkingen daarin op te merken. Registratie kan een bijdrage vormen tot de 'zelf-evaluatie' van artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg. Registratie van de psychosociale ontwikkeling zal wel niet eenvoudig zijn en is afhankelijk van persoonlijke voorkeuren. Gezocht zou kunnen worden naar een voor arts en verpleegkundige geschikte registratiemethodiek, waarbij aan de voorwaarde moet worden voldaan dat de jeugdgezondheidszorgregistratie en de verpleegkundige administratie in verband met huisbezoek en dergelijke, zoveel mogelijk op elkaar raken afgestemd. Aandachtspunten:

- de mogelijkheid van registratie volgens bepaalde items op een zeker niveau van detaillering;
- de bijdrage van het herziene Van Wiechen-schema hierin;
- de functie van de ouderregistratie in de begeleiding en opinies over de ouderregistratiekaart;
- thans gangbare methodiek en werkwijze bij de registratie alsmede de inhoud van hetgeen wordt geregistreerd;
- de privacyproblematiek.

7. Oudervoorlichting

De deelname aan oudergespreksgroepen blijkt relatief gering te zijn. Onderzoek naar de oorzaken hiervan kan van nut zijn om de opzet en inhoud van gespreksgroepen aan te passen aan de behoefte.

Onderzoek zou kunnen worden opgezet rond de volgende punten:

- de kenmerken van de huidige deelnemers;
- de kenmerken van gespreksleiders;
- spreiding naar tijd en plaats van gespreksgroepen;
- ervaringen met en meningen over oudergespreksgroepen door deelnemers en gespreksleiders;
- knelpunten en ervaren onvrede door deelnemers en gespreksleiders;
- de behoefte aan voorlichting naar aard, inhoud en aanbiedingsvorm;
- de verwachtingen bij potentiële deelnemers ten aanzien van oudergespreksgroepen; de houding ten opzichte van gespreksgroepen in het algemeen;
- de publiciteit rond oudergespreksgroepen;
- integratie en acceptatie van GVO in de jeugdgezondheidszorg.

Onderzoek zal verder moeten uitgaan naar welke vorm van oudervoorlichting voor een bepaalde groep en/of in verband met specifieke thema's de voorkeur verdient.

8. Organisatie

Het vraagstuk van de organisatie van de jeugdgezondheidszorg bevat twee hoofdelementen:

- a) de 'interne' organisatie (structuur, mankracht en middelen), alsmede de inbedding van de zorg voor 0-jarigen tot schoolgaanden in het kruiswerk;
 - b) de samenhang in het veld van gezondheids- en (jeugd)welzijnsvoorzieningen, zowel longitudinaal als tussen voorzieningen in de preventieve en ambulante sector (NBMK, 1972; Herngreen et al., 1981; IWAPV, 1981).
- ad a) De 'interne' organisatie betreft in het geval van de jeugdgezondheidszorg voor 0-jarigen tot schoolgaanden een aantal aspecten van het functioneren van de kruisorganisatie als geheel, vooral waar het gaat om de voorwaardenscheppende activiteiten. Vraagpunten zijn:
- de plaats van de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk in functioneel en structureel opzicht;
 - de positie van de verpleegkundigen, alsmede hun taakstelling ('all-round' of uitsluitend ingezet in de jeugdgezondheidszorg); de wenselijke aanstellingsbasis voor een adequate taakvervulling en behoud van de vaardigheid;
 - de organisatie van de basiseenheid;
 - de mogelijkheid om - in verband met psychosociale preventie - voldoende geschoold, getalenteerd en vaardig personeel te werven;
 - concentratie en decentralisatie in het kruiswerk en de onderbrenging op verschillende organisatorische niveau's van de dienstverbanden van artsen en verpleegkundigen;
 - de capaciteit van de kleuterzorg.

ad b) Longitudinaliteit is een fundamenteel uitgangspunt van de jeugdgezondheidszorg. Onderzoek op dit gebied zou de vraag moeten betreffen of een onbelemmerde, continue zorg wordt verleend vanaf de kraamperiode. Dit houdt globaal in dat de voorzieningen van waaruit de zorg wordt verleend qua uitgangspunt en werkwijze op elkaar aansluiten en dat er een soepele administratieve overgang bestaat tussen de verschillende vormen van leeftijdsgebonden zorg. Aandachtspunten zijn:

- ° de wisselende frequentie in de zorgverlening in de verschillende leeftijdsperiodes en in verschillende plaatsen;
- ° het minimum aantal contacten waarbij een effectieve zorg in de kleuterperiode mogelijk is.

Voor het functioneren van de jeugdgezondheidszorg is goede communicatie tussen de voorzieningen in basis-, eerste- en tweedelijns-gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen voor jeugdigen onontbeerlijk. Het ontbreekt nog aan een volledig overzicht van veelvoorkomende belemmeringen en knelpunten in deze sector, voor zover het de aandacht betreft voor kinderen in specifieke achterstandssituaties, van culturele minderheden of van ouders in bijzondere leefomstandigheden.

6.4 Prioriteitsstelling

Hoewel de onderwerpen voor onderzoek die zijn opgesomd in paragraaf 6.3 niet in een geheel willekeurige volgorde zijn geplaatst, is hieruit nog geen voorkeur af te leiden ten aanzien van de prioriteit die aan onderzoek betreffende deze onderwerpen zou moeten worden gegeven. In deze afsluitende paragraaf zullen daarom over een rangschikking naar prioriteit enige opmerkingen worden gemaakt.

Jeugdgezondheidszorg dient zoveel mogelijk te worden uitgevoerd volgens vooraf vastgestelde procedures, werkwijzen en verslaglegging. Deze 'regel' betreft de uniformiteit van het werk, maar maakt tevens kwaliteitsbewaking en -bevordering mogelijk. Voor het stellen van prioriteit ten aanzien van onderzoek zou bij deze gedachtengang kunnen worden aangesloten en wordt tevens een richtsnoer verkregen voor de verdere ontwikkeling van de psychosociale preventie in de jeugdgezondheidszorg. Ervan uitgaande dat jeugdgezondheidszorg een doelstellingen- en takenpakket omvat dat goeddeels vastligt en waarin slechts geleidelijk veranderingen kunnen worden aangebracht, zou de (inhoudelijke) ontwikkeling en de kwaliteitsbevordering van het werk langs de volgende lijnen kunnen verlopen:

1. inventarisatie van activiteiten en sociaal-medische bevindingen in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg;
2. normalisatie en standaardisatie met betrekking tot de gebruikte me-

thoden en middelen met expliciet behoud van de noodzakelijke flexibiliteit in de praktische uitvoering;

3. implementatie van nieuwe methoden, werkwijzen en eventuele overige maatregelen;
4. continue epidemiologische gegevensverzameling betreffende activiteiten en bevindingen via peilstations;
5. evaluatie via jaarverslagen, rapportages over afzonderlijke onderwerpen en door middel van wetenschappelijk onderzoek.

Aan het eerste punt zouden overigens activiteiten zoals populatie-gericht onderzoek kunnen worden toegevoegd, die gegevens opleveren over door de cliënt ervaren knelpunten en lacunes in de zorg en over zorgbehoefte.

De hierboven genoemde (deel)activiteiten behoeven niet alle door onderzoek te worden gesteund omdat voor een deel de benodigde gegevens reeds voorhanden zijn, of door de werkers in jeugdgezondheidszorg op eenvoudige wijze zijn te verkrijgen. Anderzijds zullen deze activiteiten wellicht onderzoek op meer en andere gebieden vergen dan de in paragraaf 6.3 genoemde.

Ervan uitgaande dat de noden en behoeften van de doelgroep aan de inhoud van de zorg ten grondslag liggen, zou onderzoek betreffende in de jeugdgezondheidszorg gevolgde methoden en werkwijzen met betrekking tot psychosociale preventie voorrang dienen te krijgen ten einde de thans bestaande - en ongetwijfeld veelvormige - praktijk in kaart te brengen.

Voor een juiste interpretatie van de gegevens uit dit onderzoek is aanvullend onderzoek met betrekking tot het onderwerp 'consument en zorg', waaronder oudervoorlichting, 'wegblijvers' en het verschijnsel van de non-participatie, wenselijk. Uit dit pakket voortkomende gegevens kunnen van belang worden geacht voor de inhoud van de zorg in termen van een uniform 'zorgpakket'.

L I T E R A T U U R

- BAIS, K. Voor ambulante jeugdzorg moeten alle circuits open blijven! Maatsch.Gezondheidsz. 11 (1983) no. 7-8, pp. 26-8
- BERGSMA, J. Op de plaats rust (over de relatie tussen medische en sociale wetenschappen); rede. Lochem, De Tijdstroom, 1981.
- BLADERGROEN, W.J. Lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van het kind. Amsterdam, Wetenschappelijke Uitg., 1975.
- BODNAR, F.A., J. ENGBERTS, A.F. FELIX & I.C. MOOK-ENGEL. Toegankelijkheid consultatiebureau groter. Maatsch.Gezondheidsz. 9 (1981) no. 3, pp. 4-12
- BOTTEMA, H. Ontmoeten en ontlasten; wat kunnen we in de eerste lijn doen voor de psychische gezondheid van het jonge kind? En hoe? In: T. van den Berg et al. Zorg voor een gezonde jeugd; preventieve geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Bloemendaal, Nelissen, 1980. Hfst. 3, pp. 31-51.
- CAPLAN, G. Principles of preventive psychiatry. London, Tavistock, 1964.
- CAPLAN, G. Samenvattend verslag van de inleidingen van Caplan. In: Verslag Seminar on Primary Prevention, Utrecht, 29 mei - 1 juni 1978. Pp. 3-19.
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Rijswijk, 1979.
- DRIES, H. Consultatiebureau als ontmoetingsplaats voor ouders. Maatsch. Gezondheidsz. 9 (1981) no. 6, pp. 14-7
- FERNANDES-VAN LOOKEREN CAMPAGNE, J.A. Het pedagogisch adviesbureau in Rotterdam. T.Jeugdgezondheidsz. 12 (1980^a) no. 1, pp. 10-2
- FERNANDES-VAN LOOKEREN CAMPAGNE, J.A. Advisering op het CB. T.Jeugdgezondheidsz. 12 (1980^b) no. 4, pp. 57-8
- ERIKSON, E.H. Het kind en de samenleving. Utrecht, Het Spectrum, 1964.
- FRAIBERG, S.H. De magische wereld van het kind. Bussum, Brand, 1974.
- FRIJLING-SCHREUDER, E.C.M. Medische begeleiding van de psychische ontwikkeling van het kind: goedkope preventie? Ned.T.Geneesk. 114 (1970) 1080-5
- GERARDS, F. Preventie en ambulante geestelijke gezondheidszorg. 4. De educatieve benadering. Intermediair 18 (1982) no. 33, pp. 35-9
- GHI, GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID, afd. Moederschapszorg. Verslag jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar Nederland 1978. Leidschendam, 1980.

- GHI, GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID, afd. Moederschapszorg. Verslag jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar Nederland 1981. Leidschendam, 1983.
- HAAR ROMENY-WACHTER, C.Ch. TER. Between primary prevention and selfcare: no man's land? T.soc.Geneesk. 60 (1982) 659
- HAAR ROMENY-WACHTER, C.Ch. TER. Preventie, kunnen we daar beter van worden? Werkboek voor konsultatie, afl. 2 (mei 1977) 12-1
- HAAR ROMENY-WACHTER, C.Ch. TER, & P.C.J. WASSEN-VAN SCHAVEREN. Op weg naar preventieve geestelijke gezondheidszorg in de eerste levensjaren; dl. I t/m V. T.soc.Geneesk. 51 (1973) 790-3, 801; 893-7; 52 (1974) 143-7; 182-7; 237-48
- HABBEMA, J.D.F., P.J. VAN DER MAAS & T. VAN DEN BOS. Gezonde en ongezonde buurten in de grote stad; verschillen in gezondheid tussen stadsbuurten en wat het Kruiswerk daarmee te maken zou kunnen hebben. Maatsch.Gezondheidsz. 9 (1981) no. 11, pp. 4-8
- HARTGERINK, M.J. Naar een komplementair systeem van zorg. In: T. van den Berg et al. Zorg voor een gezonde jeugd; preventieve geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Bloemendaal, Nelissen, 1980. Hfst. 2, pp. 23-9.
- HAVE, H.A.M.J. TEN. Self-help; background, postulates and problems of a new phenomenon. Huisarts & Wet. 23 (1980) 305-8
- HERNGREEN, W.P., W.J. MEIJER, E.A. SCHLESINGER-WAS & F.J. VEENHOF. Jeugdgezondheidszorg in Nederland; een verkenning. Leiden, NIPG/TNO, 1981.
- HOEVE-VAN RAMSHORST, A. Psychosociale problematiek op het kleuter-CB; een onderzoek onder artsen naar kennis en inzicht en wijze van adviseren ten aanzien van deze problematiek. Groningen, Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap, RU Groningen, 1980. ISMW-rapport 80-SK-36.
- HOSMAN, C.M.H., & R.F.W. DIEKSTRA. Over de betekenis van de sociale epidemiologie voor de preventieve geestelijke gezondheidszorg. In: T. van den Berg et al. Zorg voor een gezonde jeugd; preventieve geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Bloemendaal, Nelissen, 1980. Hfst. 7, pp. 141-75.
- IEMHOF, W. Psychosociale klachten bestaan niet; overpeinzingen naar aanleiding van een toogdag. Med.Contact 28 (1973) 993-8
- ISG, INTERDEPARTEMENTALE STUURGROEP GEHANDICAPTENBELEID. Eindrapport van de Landelijke Commissie VTO (Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen). 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981. ISG-4.
- IWAPV. Eerste rapport van de Interdepartementale Werkgroep Ambulante en Preventieve Voorzieningen voor hulpverlening aan jeugdigen. Rijswijk, Ministerie van CRM, 1981.

- KORSCH, B.M. Practical techniques of observing, interviewing and advising parents in pediatric practice as demonstrated in an Attitude Study Project. *Pediatrics* 18 (1956) 467-89
- KUIPER, C.M., & G.J. VAANDRAGER. Psychosociale hulpverlening aan jeugdige patiënten; psychosociale teams voor kinderen in twee ziekenhuizen, klinisch en poliklinisch. Leiden, NIPG/TNO, 1982.
- LAAR, F. VAN. Jeugdgezondheidszorg en sociale ongelijkheid; verschillen in gezondheidstoestand van jonge kinderen zijn te relateren aan welstand van ouders en het al dan niet behoren tot minderheidsgroepen. *Maatsch.Gezondheidsz.* 9 (1981) no. 11, pp. 14-8
- LAMBERTS, H., & H. DOKTER. "Caplan revisited"; een ooggetuigeverslag van twee huisartsen. *Huisarts & Wetensch.* 21 (1978) 419-22
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Memorie van toelichting op de begroting 1981. Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16400, hfst. XVII.
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Aandachtsveld jeugdgezondheidszorg; uitgangspunten en beleidsaanbevelingen voor de jeugdgezondheidszorg in het Kruiswerk. Utrecht, 1977.
- NBMK, NEDERLANDSE BOND VOOR MOEDERSCHAPSZORG EN KINDERHYGIËNE. Jeugdgezondheidszorg; inhoud en uitvoering. Utrecht, 1972.
- NIK, NEDERLANDS INSTITUUT VOOR KINDERSTUDIE. Vraagbaakfunctie. NIK-bescheiden 18, 1980. Pp. 13-9
- NVAGG, NEDERLANDSE VERENIGING VOOR AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG. Eindnota Preventie. Utrecht, 1981. Ref.nr. 803165.
- NVAGG, NEDERLANDSE VERENIGING VOOR AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG. Groslijst taken AGGZ per regio (RIAGG); zoals voorgesteld in de algemene ledenvergadering van de NVAGG dd. 28 juni 1978; 4e dr. Utrecht, 1982. Ref.nr. 814027.
- ORMEL, J. Moeite met leven of een moeilijk leven; een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders. Groningen, Konstapel, 1980. Proefschrift RU Groningen.
- ORMEL, J. Moeite met leven of een moeilijk leven; welbevinden en de relatie tot levensomstandigheden. *Intermediair* 17 (1981) 57-63
- PHAFF, J.M.L. Evaluatie van gezondheidszorg; preventieve gezondheidszorg voor niet-schoolgaande kinderen. In: W.W. Holland (ed.). *Evaluation of health care*. Oxford, etc., Oxford University Press, 1983.
- POLLAK, M. Housing and mothering; their effects upon the developmental levels of 3-year-old children. *Arch.Dis.Childh.* 54 (1979) 54-8

- PORESKY, R.H., & M.L. HENDERSON. Infants' mental and motor development: effects of home environment, maternal attitudes, marital adjustment, and socioeconomic status. *Perc.&Motor Skills* 54 (1982) 695-702
- PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID IN DE PROVINCIE DRENTHE. Preventie in de geestelijke gezondheidszorg; mogelijkheden en voorwaarden voor preventie met name in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Assen, 1980.
- SCHILDER, K. Opvoedingsvoorlichting in beweging; zolang er iets aan zorg voor Moeder en Kind is gedaan, bestaat er binnen het Kruiswerk opvoedingsvoorlichting. *Maatsch.Gezondheidsz.* 8 (1980) no. 9, pp. 4-9
- SWAAK, A.J. Jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen; droom en werkelijkheid. *Med.Contact* 37 (1982) 485-92
- TRIMBOS, C.J.B.J. Preventie in de geestelijke gezondheidszorg. *T.soc.Geneesk.* 58 (1980) 44-51
- TURCK, B. DE. Het politiserende hulpverleningsmodel. In: Preventie en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (afl. 5). *Intermedi-air* 18 (1982) no. 35, pp. 29-31
- VAANDRAGER, G.J., & G.A. DE JONGE. Preventie van verdrinking van kleuters. *T.Jeugdgezondheidsz.* 12 (1980) no. 5, pp. 66-70
- WATER, H.P.A. VAN DE. Met stoffer en blik? Taken bij milieu- en andere rampen. *T.soc.Geneesk.* 59 (1981) 8-11
- WERK GROEP VAN WIECHEN. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau; werkboek bij het herziene Van Wiechenschema. Zwolle, Kruisvereniging West-Overijssel, 1983.
- WIERINGEN, J.C. VAN. Jeugdgezondheidszorg als instrument van preventie. *T.soc.Geneesk.* 58 (1980) 52-5
- WINTER, M. DE. Vroegtijdige onderkenning van de ontwikkelingsstoornissen; een nieuw systeem van zorg en controle. *Psychol.& Maatschappij* 19 (1982) 207-30
- ZIELHUIS, R.L. Sociale geneeskunde en sociale ongelijkheid in gezondheid. *T.soc.Geneesk.* 58 (1980) suppl., pp. 19-31

B I J L A G E N

B I J L A G E 1

(§ 3.2)

Omschrijving van de begrippen 'zelfzorg' en 'mantelzorg'.

Zelfzorg is de zorg van het individu voor zijn eigen gezondheid en welbevinden.

Bevordering van zelfzorg heeft een emancipatorische intentie: het is het streven naar bewuste en zelfstandige mensen die in staat zijn de meest voorkomende alledaagse problemen van het bestaan het hoofd te bieden en te voorzien in hun elementaire behoeften.

Mantelzorg is aanvullend op de zelfzorg. Het is de (spontane) zorg die het individu ontvangt van de naaste omgeving wanneer hij (nog) niet in staat is in zijn behoeften te voorzien of voor zijn gezondheid of welbevinden te zorgen.

Geïstitutionaliseerde mantelzorg is de zorg die uitgaat van beroepsmatige hulpverleners (huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, en dergelijke) en is een aanvulling op, dan wel een vervanging van de spontane mantelzorg.

B I J L A G E 2

(§ 3.3)

De kerntaak preventie uit de Groslijst Taken Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg per regio (RIAGG).

TAKEN	OMSCHRIJVING
1.1 signaleren	- systematisch opsporen van kondities die een bevorderende c.q. belemmerende invloed hebben op de geestelijke gezondheid; - vroegtijdige onderkenning van problematiek bij aanwijsbare risikolopende groepen en individuen;
1.2 doorgeven van signalen	- doorgeven van gesignaleerde problematiek aan de daartoe geëigende instanties en/of personen;
1.3 voorbereiden van preventieve activiteiten	- hieronder valt o.a.: het bepalen van doelen van concrete preventieve activiteiten en het kiezen van de daarbij passende middelen; het treffen van alle voorbereidende maatregelen;
1.4 uitvoering	- hieronder wordt verstaan de uitvoering van alle preventieve activiteiten; deze activiteiten kunnen liggen in de sfeer van voorlichting, vorming, training, consultatie, agogisch advieswerk en sociale actie;
1.5 bewaking van de continuïteit en komplementariteit van de preventieve activiteiten	- het afstemmen van de eigen preventieve werkzaamheden op de hulpverlenings- en overige relevante activiteiten, zowel binnen als buiten de eigen instelling;
1.6 overleg, korrespondentie	- overleg met verwijzers, kollega's, individueel of in teamverband, in relatie tot alle voorgaande activiteiten.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Eindnota Preventie. Utrecht, 1980; Groslijst taken AGGZ per regio (RIAGG). Utrecht, 1982.

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO

84009

ISBN-90-6743-031-5