

B 96

TNO-rapport
PG/JGD/99.014

Verboden Toegang?

*Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de
Ouder- en Kindzorg in 1998*

TNO Preventie en Gezondheid

Jeugd
Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Datum

Maart 1999

Auteur(s)

R.J.F. Burgmeijer
J.A.M.W. Rijcken

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek

05 JUL 1999

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

Het kwaliteitssysteem van
TNO Preventie en Gezondheid
Voldoet aan ISO 9001.

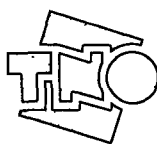
Stamboeknummer

17.050

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar
gemaakt door middel van druk, foto-
kopie, microfilm of op welke andere
wijze dan ook, zonder voorafgaande
toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onder-
zoeks opdrachten aan TNO, dan wel
de betreffende terzake tussen de
partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het
TNO-rapport aan direct belang-
hebbenden is toegestaan.

© 1999 TNO



Auteurs

R.J.F. Burgmeijer

J.A.M.W. Rijcken

ISBN-nummer

90-6743-583-X

De uitgave is te bestellen door het overmaken van f 35,00 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/JGD/99.014

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 35,00 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/JGD/99.014

Samenvatting

Over dit rapport

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg (OKZ) in 1998.

Dit rapport bestaat uit drie delen. Deze *Samenvatting* bevat de essentie van wat in de rest van het rapport in detail is beschreven. Voor het kennisnemen van de beschouwingen en de conclusies kan worden volstaan met het lezen van de *Samenvatting*; om inzicht te krijgen in de gegevens die aanleiding waren tot het trekken van die conclusies wordt verwezen naar de hoofdstukken die op daarna volgen.

In hoofdstuk 1 wordt de directe aanleiding tot dit rapport in een breder, historisch perspectief geplaatst. In hoofdstuk 2 worden alle resultaten in detail gepresenteerd, waarbij de volgorde van de vragenlijst is gevolgd. Wegens de grote omvang is de vragenlijst zelf niet in dit rapport opgenomen. Elke vraag komt echter in stellende zin terug in de titel van elke subparagraaf en de bij die vraag behorende antwoordcategorieën zijn terug te vinden in de tabellen met resultaten. Elke paragraaf is volgens hetzelfde stramien opgebouwd: Resultaten (ook in tabelvorm gepresenteerd), gevolgd door beschouwing en conclusies. Het derde deel van het rapport bestaat uit een literatuuropgave en een aantal bijlagen.

Over het onderzoek

OKZ is de AWBZ-gefinancierde, preventieve gezondheidszorg voor alle kinderen in de leeftijd van 0 tot ongeveer 4 jaar en kan gekarakteriseerd worden als *child public health*. Ten tijde van het onderzoek, eind 1998, werd de OKZ uitgevoerd door 65 thuiszorgorganisaties en de GG&GD van Amsterdam.

Het onderzoek is in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) uitgevoerd. De aanleiding tot de opdracht werd gevormd door het verschijnen van drie publicaties: *Toegang vrij?* van de IGZ, *Zwartboek* van de Landelijke Federatie van Consultatiebureauartsenverenigingen (LFC) en *Een Ongelijke Start* van het Comité Zorg voor Iedereen. In de laatste twee publicaties wordt gesteld dat tussen 1996 en 1998 de toegankelijkheid, de kwantiteit en de kwaliteit van de OKZ sterk is verminderd en dat mede daardoor het bereik, met name in de kwetsbare groepen, is gedaald. In het IGZ-rapport wordt voor een dergelijke ontwikkeling gevreesd.

Het huidige onderzoek moest antwoord geven op de volgende vragen van de IGZ:

- Welke kwalitatieve en/of kwantitatieve veranderingen hebben thuiszorgorganisaties tussen 1 januari 1996 en 1 mei 1998 doorgevoerd in hun OKZ-aanbod?
- In welke relatie staan deze veranderingen tot eventueel doorgevoerde bezuinigingen in dezelfde periode?
- Welke invloed heeft, volgens de zorgaanbieders, de 'status aparte' op deze veranderingen gehad?

De gegevensverzameling is uitgevoerd met een schriftelijke enquête onder alle organisaties, die OKZ uitvoeren. Daarbij werd duidelijk aangegeven, dat de gevraagde informatie door derden verifieerbaar moest zijn (bijvoorbeeld in een jaarverslag, andere officiële documenten of een database).

In 1996 zijn zowel de OKZ als de zorg voor 4-19 jarigen geëvalueerd. De resultaten van dat onderzoek zijn in 1997 gepubliceerd in het rapport *Op weg naar volwassenheid*. Voor wat betreft de OKZ worden de resultaten van het huidige onderzoek vergeleken met die van het onderzoek uit 1996. Om die vergelijkbaarheid mogelijk te maken zijn in het huidige onderzoek zo veel mogelijk dezelfde vragen gesteld als destijds.

Over de respons

Alvorens de drie vragen die de IGZ heeft gesteld te beantwoorden wordt kort ingegaan op de respons, omdat deze van belang is voor de hardheid van de conclusies. Uitgebreide informatie hierover staat in § 2.1.

Een belangrijke bevinding van het huidige onderzoek is dat de respons, uitgedrukt als het percentage ontvangen en ingevulde enquêteformulieren, niet veel lager was dan in het onderzoek van 1996 (respectievelijk 85% en 87%). Op vraagniveau was de respons op de meeste vragen echter slechter dan in 1996. Vaak zeer veel slechter. In veel gevallen werd de grens van 75% respons niet gehaald. Evenals in 1996 is ook in het huidige onderzoek gesteld dat bij een respons van 75% of meer de resultaten gegeneraliseerd mogen worden. Dit percentage is echter arbitrair vastgesteld. In § 2.1 wordt nader verklaard waarom in het huidige onderzoek generalisatie in dit geval waarschijnlijk een gunstiger beeld geeft dan de werkelijkheid.

Beantwoording van vraag 1: Kwalitatieve en kwantitatieve veranderingen in het zorgaanbod

Kwaliteit van de registratie van de aanwezige doelgroep is verminderd (§ 2.2)

In 1998 kon 26% van de organisaties geen opgave doen van het aantal inwoners in het werkgebied, in 1996 was dat 18%.

Een nog grotere stijging, namelijk van 15% naar 26% werd gezien bij de vraag naar het aantal in het werkgebied geboren kinderen.

Van 29% van de organisaties was in 1998 het aantal aanwezige peuters niet bekend. Bovendien werd een grote discrepantie gevonden tussen het aantal wel geregistreerde kinderen en het aantal dat op grond van de loop der bevolking mocht worden verwacht, waaruit de conclusie werd getrokken dat de kwaliteit van de registratie onvoldoende was.

Wat betreft inzicht in het allochtone deel van de doelpopulatie werd geconstateerd, dat eenheid in definitie van het begrip 'allochtoon' ontbrak, waardoor onderlinge vergelijking onmogelijk was. Ook werd geconstateerd dat minder thuiszorgorganisaties een registratie van het allochtone deel van de doelpopulatie bijhielden dan op grond van het aanwezige aantal allochtone kinderen mocht worden verwacht.

Kwaliteit van het volgen van het bereik is verminderd en gerapporteerde bereikcijfers geven een gunstiger beeld dan de werkelijkheid (§ 2.3)

In 1998 bleken thuiszorgorganisaties verschillende betekenissen te hechten aan de begrippen 'bereik' en 'in zorg'. Geconstateerd werd dat het bij 70% van de 28 respondenten mogelijk was dat zuigelingen wel als 'in zorg' stonden geregistreerd, zonder dat daadwerkelijk zorg werd verleend. Bij 51% van die 28 respondenten liep de registratie gewoon door in de peuterperiode, onafhankelijk van de daadwerkelijke zorgverlening. Was een peuter eenmaal als 'in zorg' geregistreerd, dan bleef dat zo tot aan de overdracht naar de GGD, ongeacht of daadwerkelijk zorg werd verleend of niet.

Van slechts 68% van de thuiszorgorganisaties was het bereik in 1998 bekend, 16% minder dan in 1996. Bij de peuters viel eveneens een achteruitgang te constateren en wel van 81% in 1996 naar 71% in 1998.

Dat een thuiszorgorganisatie opgave kon doen van het aantal kinderen dat niet in zorg was, bleek een grote uitzondering. Inzicht in de redenen waarom kinderen niet verschijnen op het consultatiebureau ontbrak vrijwel volledig.

Divisievorming OKZ is teruggelopen (§ 2.4)

Tussen 1996 en 1998 bleek het percentage zelfstandige divisies OKZ te zijn gedaald van 85 naar 53 en is de OKZ weer onderdeel gaan uitmaken van grotere organisatorische eenheden. Hoewel uit deze constatering niet rechtstreeks geconcludeerd kon worden dat daarmee de kwaliteit van de OKZ zou zijn verminderd, werd wel de kanttekening geplaatst dat divisievorming destijds op gang is gekomen om de OKZ onafhankelijker te positioneren om daarmee kwantiteit en kwaliteit veiliger te stellen.

Normtijden waren over het algemeen verhoogd, maar lagen nog onder de landelijke norm, terwijl de gerealiseerde tijden zowel de normtijd van de eigen organisatie als de landelijke normtijd overschreden (§ 2.5.1 t/m § 2.5.12).

De in 1995 door de LVT vastgestelde landelijke norm voor een zuigelingenconsult is 15 minuten, ongeacht de aard van het consult.

In 1998 waren de gemiddelde normtijden van een zuigelingenconsult 12,97 en 13,80 minuten voor respectievelijk dienstverbandartsen en verpleegkundigen, dus onder de landelijke norm, maar wel hoger dan in 1996.

53% van de thuiszorgorganisaties hanteerde een normtijd voor dienstverbandartsen die korter was dan de landelijke normtijd van 15 minuten. Voor verpleegkundigen was dit bij 49% van de organisaties het geval.

Voor een peuterconsult waren de gemiddelde normtijden 14,19 en 13,80 minuten voor respectievelijk dienstverbandartsen en verpleegkundigen. Ook deze lagen dus onder de landelijke norm, maar waren ten opzichte van 1996 verhoogd.

40% van de thuiszorgorganisaties hanteerde een normtijd voor dienstverbandartsen die korter was dan de landelijke normtijd van 15 minuten. Voor verpleegkundigen was dit bij 36% van de organisaties het geval.

Behalve bij de door verpleegkundigen gerealiseerde consulttijden was de respons op de vragen naar de realiseerde consulttijden gestegen ten opzichte van 1996. Niettemin was de respons nog steeds zeer laag (maximaal 29%). Gezien deze lage respons kon geen conclusie worden getrokken ten aanzien van de ontwikkeling van de gerealiseerde consulttijden, behalve dan dat bij de respondenten de gerealiseerde consulttijden zowel de normtijd van de eigen organisatie als de landelijke normtijd overschreden.

Overschrijdingen werden door de respondenten over het algemeen niet gehonoreerd.

Het aantal peuterhuisbezoeken was in 1997 ten opzichte van 1995 afgenomen van 174.000 naar 103.000, maar lag daarmee nog steeds ver boven de landelijke norm, op basis waarvan 57.000 huisbezoeken verwacht konden worden.

De kwaliteit van de registratie van de gerealiseerde consultfrequentie is aanzienlijk teruggelopen (§ 2.3.13 t/m § 2.3.15)

Ten opzichte van 1996 was de respons in 1998 teruggelopen van 79% naar 33%. Geconcludeerd werd dat daarmee de kwaliteit van de registratie aanzienlijk is verminderd in vergelijking met 1996.

De gemiddelde consultfrequentie in het eerste levensjaar met 11 iets hoger dan in 1996 (10,8) en voldeed daarmee aan de ondergrens van de norm van de LVT (10 tot 13 consulten). Ook bij de peuters werd een lichte stijging (van 7,5 naar 7,7) geconstateerd, maar de stijging was niet voldoende om de ondergrens van de LVT-norm (8 tot 9 consulten) te halen.

Voor de 24 respondenten bleek dat de realisatie beneden de LVT-norm bleef. Gezien de lage respons geen conclusie over de kwantiteit van dit aspect van het zorgaanbod mogelijk.

Tussen 1996-1998 is bijna één op de vijf locaties voor OKZ afgestoten, maar minder dan de helft van de organisaties heeft vervangende voorziening aangeboden en 70% heeft het effect op het bereik niet in kaart gebracht (§ 2.6)

Het proces van afstoten van locaties, meestal wegens het niet renderen daarvan, was begonnen in 1994 en had zich tussen 1996 en 1998 in heviger mate voortgezet. Als de voornemens zouden worden uitgevoerd zou eind 1999 meer dan één op de vijf locaties die in 1996 voor de OKZ beschikbaar waren, zijn afgestoten.

Bijna de helft van de organisaties had geen alternatieve voorziening geboden. Organisaties die dat wel hadden gedaan, kozen in meerderheid voor het aanbieden van vervoer naar een ander consultatiebureau, evenwel relatief vaak op kosten van de cliënt.

Van de organisaties die locaties hebben afgestoten heeft 70% niet nagegaan welk effect dit heeft gehad op het bereik.

De telefonische bereikbaarheid bleek in 1998 goed geregeld en vrijwel alle organisaties waren tijdens kantooruren bereikbaar voor vragen over OKZ. Een onderzoek naar het serviceniveau (bijvoorbeeld de tijd die men in de wachtrij wordt geplaatst) en de kwaliteit van de beantwoording van de vragen viel buiten het kader van het huidige onderzoek.

Kwaliteit van productomschrijving toegenomen (§ 2.7)

Vrijwel alle thuiszorgorganisaties beschikten in 1998 over een productomschrijving OKZ. In 1996 stemde 23% van de productomschrijvingen overeen met het *Zorgpakket Ouder- en Kindzorg* van de LVT, in 1998 bleek het percentage gestegen naar 35. Geconcludeerd wordt dat het zorgaanbod op papier weliswaar is verbeterd

Beschikbaar komen van landelijke protocollen heeft een stimulerende invloed gehad op de standaardisering van de uitvoering van de OKZ en daarmee de kwaliteit van zorg bevorderd. Tegelijkertijd viel een veelheid aan producten te constateren, die buiten het standaardaanbod worden geleverd. Financiering vanuit het status aparte budget was soms discutabel (§ 2.8)

Uit het huidige onderzoek kwam naar voren dat als een landelijk protocol voorhanden was, dit op grote schaal werd toegepast. Bij onderdelen waarvoor geen landelijk protocol beschikbaar was, werd soms een eigen protocol van de organisatie gebruikt, maar in de meeste gevallen helemaal geen protocol. Geconcludeerd werd dat de beschikbaarheid van een landelijke protocol een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg.

De producten die niet in het standaardpakket van de LVT voorkomen, werden op diverse manieren gefinancierd. Opvallend daarbij waren de grote verschillen in bedragen die door de thuiszorgorganisaties aan cliënten in rekening werden gebracht voor hetzelfde product. Ook viel op dat kortdurende pedagogische hulpverlening door 70% van de organisaties die deze hulp aanboden uit het status aparte budget werd gefinancierd.

Verpleegkundigen zijn tussen 1996 en 1998 in toenemende mate leiding gaan geven aan de OKZ en thuiszorgorganisaties hebben in 1998 aanzienlijk minder formatie op staffuncties ingezet dan in 1996 (§ 2.9)

Verpleegkundigen (met opleiding HBOV of A + MGZ) gaven in 1998 bij 50% van de organisaties leiding aan de divisie of afdeling OKZ. In 1996 was dat bij 29% van de organisaties het geval. Deze toename bij de verpleegkundigen ging gepaard met een afname bij artsen en sociaal wetenschappers.

Tussen 1996 en 1998 daalde het gemiddeld aantal fte aan staffunctionarissen per organisatie van 1,64 naar 1,10 en het gemiddelde dienstverband van een staffunctionaris van 54% naar 41%. De achteruitgang in staffunctionarissen deed zich vooral voor bij consultatiebureauartsen, gevolgd door jeugdartsen en verpleegkundigen.

Geconcludeerd werd, dat de inhoudelijke ondersteuning van de OKZ tussen 1996 en 1998 aanzienlijk is verminderd.

Hoewel in 1998 de kwaliteit van de registratie aangaande omvang en interne budgettering van het status aparte budget verbeterd was ten opzichte van 1996, bleek deze nog steeds onvoldoende. Slechts 61% van de organisaties kon zich een oordeel vormen over de toereikendheid van het status aparte budget (§ 2.10).

De respons op de vraag naar deze essentiële financiële gegevens was slechts 68% en daarmee te laag voor het doen van algemeen geldende uitspraken. Met deze beperking vielen toch een aantal positieve ontwikkelingen te melden, namelijk dat meer organisaties opgave konden doen van het toegekende budget, meer organisaties waren overgegaan tot interne budgettering daarvan en dat het deel van het totale budget dat aan de OKZ werd toegekend, was gestegen van 82% naar 84%.

De respons op de vraag naar de toereikendheid van het budget was laag (61%). Vergelijking met een soortgelijke vraag, gesteld in een ander onderzoek dan de evaluatie van 1996, gaf aanwijzingen dat met de introductie van het status aparte budget de ontevredenheid over de ter beschikking staande middelen is toegenomen. Maar wegens het ontbreken van het oordeel van 39% van de organisaties is het zeer de vraag of deze conclusie kan worden veralgemeniseerd.

Thuiszorgorganisaties hebben in 1997 beduidend minder geïnvesteerd in bijscholing op het gebied van OKZ dan in 1995 (§ 2.11)

Het percentage thuiszorgorganisaties dat aan nieuwe medewerkers een introductieprogramma aanbood daalde van 71% in 1996 naar 46% in 1998. Een eenheid in omvang en doelgroep ontbrak geheel. De investering varieerde van 4 dagdelen voor één discipline tot 89 dagdelen voor zes disciplines. OKZ-verpleegkundigen kregen met gemiddeld 20 dagdelen het omvangrijkste inwerkprogramma, huisartsen met gemiddeld 3,5 dagdelen het geringste.

Het percentage organisaties dat verplicht bijscholing aanbood aan dienstverbandartsen daalde van 38 in 1995 naar 24 in 1996. Het gemiddeld aantal dienstverbandartsen dat een verplichte bijscholing volgde daalde van 9,0 in 1995 naar 3,7 in 1997.

Bij de honorariumartsen (waaronder huisartsen) viel eenzelfde ontwikkeling te constateren. Het percentage organisaties dat een verplichte scholing aanbood daalde van 53% in 1995 naar 41% in 1998. Het gemiddeld aantal honorariumartsen per organisatie dat een verplichte scholing volgde was in 1995 2,0 en in 1997 1,2.

Geconcludeerd wordt dat het bijscholingsbeleid is verslechterd en dat het verschil in bijscholingaanbod voor twee categorieën artsen kwaliteitsverschillen creëert terwijl alle artsen e geacht worden werk van dezelfde kwaliteit te leveren. De verschillen werden nog eens in de hand gewerkt door het verschil in vergoeding: in 76% van de gevallen werd de bijscholing voor dienstverbandartsen volledig door de organisatie betaald, terwijl dit maar in 55% van de gevallen bij de honorariumartsen het geval was.

Beantwoording van vraag 2 en vraag 3: De relatie tussen de kwantitatieve en kwalitatieve veranderingen en eventueel doorgevoerde bezuinigingen en de invloed van het status aparte budget daarop

De beantwoording van deze vraag is in het kader van het huidige onderzoek slechts indirect mogelijk. In § 1.3.1 wordt ingegaan op een onderzoek, dat oorspronkelijk simultaan met het huidige onderzoek zou worden uitgevoerd. Door het naast elkaar leggen van de resultaten van beide onderzoeken zou rechtstreekse beantwoording mogelijk zijn geweest.

Uit het huidige onderzoek kwam, naar voren, dat men enerzijds het status aparte budget ontoereikend vond om de zorg naar behoren te leveren en anderzijds dat men zaken minder is gaan uitvoeren, die in eerste instantie niet het primaire proces betreffen. Voorbeelden hiervan zijn registratie, inhoudelijke ondersteuning en scholing. Daarnaast viel zowel bij de aansturing als bij de inhoudelijke ondersteuning een verschuiving op van academisch gevormde disciplines naar HBO- of lager opgeleide disciplines. Uit deze combinatie van bevindingen zou afgeleid kunnen worden dat bezuinigingen zijn doorgevoerd om het primaire proces zo veel mogelijk op het (reeds te lage) niveau van 1996 te handhaven.

Slotconclusie

Resultaten roepen een beeld van algemene achteruitgang op

De resultaten van het huidige onderzoek roepen een beeld op van achteruitgang op ten opzichte van 1996. Dit is gebaseerd op de constatering dat organisaties die in 1998 OKZ aanboden:

- minder inzicht hadden in de demografische kenmerken van de doelgroep
- minder inzicht hadden in het bereik van de doelgroep en de subpopulatie allochtonen
- het aantal locaties aanzienlijk hadden verminderd zonder de effecten op het bereik te volgen
- geen inzicht hadden in de redenen waarom kinderen geen gebruik maken van de zorg
- minder productiegegevens konden leveren
- drastische vermindering van inhoudelijke ondersteuning hadden doorgevoerd
- een verschillend bijscholingsbeleid hanteerden voor dienstverbandartsen en honorariumartsen
- het aanbod aan verplicht gesteelede (bij)scholing hadden ingekrompen
- het verlenen van medewerking aan opleiding van relevante disciplines hadden verminderd.

Doordat waarschijnlijk sprake was van positieve selectie schetsen de resultaten in dit rapport eerder een te gunstig dan een te ongunstig beeld.

Inhoud

Samenvatting	3
Inhoud	11
1 Inleiding	13
1.1 Vraagstelling	13
1.2 Aanleiding tot het onderzoek	13
1.3 Methode	18
2 Resultaten	21
2.1 Respons en representativiteit	21
2.2 Demografie	23
2.3 Bereik	29
2.4 Organisatie	46
2.5 Normering en productie	49
2.6 Toegankelijkheid	72
2.7 OKZ-beleid	82
2.8 Zorgaanbod	87
2.9 Personeel	93
2.10 Verdeling status aparte budget	104
2.11 Deskundigheidsbevordering	109
Literatuur	127
Bijlagen	131

1 Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de toegankelijkheid en beschikbaarheid in het najaar van 1998 van de jeugdgezondheidszorg voor kinderen in de leeftijd van 0 tot ongeveer 4 jaar (JGZ 0-4). Deze zorg werd op het moment van het onderzoek aangeboden door 65 thuiszorgorganisaties en de GG&GD van Amsterdam en wordt veelal aangeduid met de term Ouder- en Kindzorg (OKZ). In dit rapport wordt verder over OKZ gesproken.

De Divisie Jeugd van TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) voerde dit onderzoek uit in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

1.1 Vraagstelling

Het huidige onderzoek naar de beschikbaarheid en kwaliteit van de OKZ moest antwoord geven op de volgende door de IGZ gestelde vragen.

- Welke kwalitatieve en/of kwantitatieve veranderingen hebben thuiszorgorganisaties doorgevoerd in hun OKZ-aanbod tussen 1-1-1996 en 1-5-1998?
- In welke relatie staan deze veranderingen tot eventueel doorgevoerde bezuinigingen in diezelfde periode?
- Welke invloed heeft, volgens de zorgaanbieders, de 'status aparte' op deze veranderingen gehad?

1.2 Aanleiding tot het onderzoek

Dit onderzoek naar de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de OKZ kan niet los gezien worden van de daaraan voorafgaande inhoudelijke, bestuurlijke en politieke ontwikkelingen. De start daarvan wordt min of meer arbitrair gelegd in 1989, toen voor het eerst de OKZ grondig tegen het licht werd gehouden (De Winter et al., 1992). Korthedshalve wordt hier volstaan met het opsommen van de publicaties, waarin de belangrijkste ontwikkelingen tussen 1989 en 1999 zijn beschreven (tabel 1). Voor een beknopt overzicht van deze ontwikkelingen wordt verwezen naar Zoomers (1997). Voor meer gedetailleerde informatie staat andere literatuur ter beschikking (De Winter et al., 1992; Meulmeester & Peters, 1993; Burgmeijer, 1995; Burgmeijer, 1997).

Het rapport *Toegang Vrij?* van de IGZ, het *Zwartboek* van de Landelijke Federatie van Consultatiebureausverenigingen (LFC) en het rapport *Een Ongelijke Start* van het Comité Zorg voor Iedereen vormden de directe aanleiding voor het huidige onderzoek. In deze publicaties wordt gesteld dat de kwantiteit en de kwaliteit van de public health voor kinderen tot vier jaar sinds 1996 aanzienlijk is afgenomen en dat het bereik, met name in de kwetsbare groepen, is gedaald.

Behalve op bovengenoemde publicaties wordt ook nader ingegaan op het rapport *Op weg naar volwassenheid*. In dit rapport worden de resultaten beschreven van het Evaluatieonderzoek Jeugdgezondheidszorg dat in 1996 is uitgevoerd. De resultaten van dat onderzoek zullen waar mogelijk worden gebruikt als vergelijkingsmateriaal om vast te kunnen stellen in welke richting de OKZ zich tussen 1996 en 1998 heeft ontwikkeld.

Toegang Vrij?

De IGZ kreeg in juni 1997 opdracht van de minister van VWS een bliksemonderzoek uit te voeren naar de effecten van de invoering van de toegangsbijdrage op met name de toegankelijkheid van de OKZ. In haar rapport *Toegang vrij?* stelde de IGZ in oktober 1997 een aanscherping vast van het beleid van thuiszorgorganisaties met betrekking tot de verplichting van cliënten om de toegangsbijdrage thuiszorg te betalen. De IGZ voorzag bij verder doorvoeren van dit beleid gevaren voor de volksgezondheid (IGZ, 1997).

Tabel 1 Overzicht van publicaties, waarin de inhoudelijke en politieke en bestuurlijke ontwikkelingen m.b.t. de OKZ tussen 1989 en 1998 zijn beschreven

Jaar / datum	Omschrijving
1989	Start Project Integrale Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 0-4
1989, 1 januari	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wet, 1990)
1991, juni	GHI Rapport over kwaliteit en kwantiteit van de JGZ 0-4 (GHI, 1991)
1991, december	Motie van de kamerleden Vriens en Van Otterloo (Tweede Kamer, 1992)
1992, mei	Rapport Project Integrale Evaluatie JGZ 0-4 gereed (De Winter et al., 1992)
1992, 12 oktober	Besluit Collectieve Preventie Volksgezondheid (Besluit, 1992)
1993, mei	Jeugdgezondheidszorg: organisatie en inhoud (Meulmeester, 1993)
1993, juni	Rapport Evaluatie werking WCPV gereed (Van Geenhuizen et al., 1993)
1993, december	GHI-rapport over functioneren afdelingen JGZ 4-19 bij 20 GGD's (GHI, 1993)
1994, januari	Rapport Kwaliteitsprofielen Collectieve Preventie (Commissie Kwaliteitsprofielen, 1994)
1994, 2 februari	Regeringsstandpunt inzake positionering JGZ (Tweede Kamer, 1992a)
1994, 24 februari	Notitie Jeugdgezondheidszorg van de Staatssecretaris van WVC (Tweede Kamer, 1992b)
1995, oktober	Publicatie basispakket JGZ 0-4 "Zorgpakket Ouder- en Kindzorg" (Burgmeijer, 1995)
1995, oktober	IGZ-rapport over de gemeentelijke betrokkenheid bij de JGZ 4-19
1995, december	Publicatie basispakket JGZ 4-19 "Zorgen voor jeugd" (Wassenaar et al., 1995)
1996, april	Rapport Inventarisatie ontwikkelingen in de OKZ sinds 1989 (Burgmeijer, 1996)
1996, december	Oprichting Landelijk Centrum OKZ
1997, 1 januari	Status aparte van toepassing op de financiering van collectieve preventie in de thuiszorg (Stb. 1996 no.595)
1997, 1 januari	Wettelijke toegangsbijdrage thuiszorg van kracht
1997, april	Publicatie TNO/KPMG-rapport "Op weg naar volwassenheid" (Burgmeijer et al., 1997)
1997, oktober	Publicatie IGZ-rapport "Toegang vrij?" (IGZ, 1997)
1997, oktober 31	Regeringsstandpunt inzake "Op weg naar volwassenheid" (VWS, 1997a)
1997, december	Zwartboek LFC (LFC, 1997)
1998, maart	Enquête Comité Zorg voor iedereen "Een Ongelijke Start" (Palm & Bulk-Bunschoten, 1998)
1998, 14 juli	Rapport Basistaken Collectieve Preventie (Project Basistaken, 1998)
1998, juli	Regeerakkoord tweede kabinet Kok, waarin het vervallen van de toegangsbijdrage per 1-1-1999 werd aangekondigd

Zwartboek van de LFC

Op 17 december 1997 heeft de LFC een *Zwartboek* aan de Minister van VWS aangeboden, waarin de volgende ongunstige ontwikkelingen onder haar aandacht werden gebracht:

- bijna overal worden de contactmomenten tussen OKZ en cliënt verminderd
- overal wordt het aantal locaties waar OKZ wordt aangeboden teruggebracht
- cliënten worden na 'niet verschijnen zonder bericht' steeds sneller uitgeschreven
- inhoudelijke ondersteuning is teruggebracht
- de consulttijd die organisaties ter beschikking stellen ligt steeds vaker onder het aanbevolen minimum
- bezuinigingen worden naar willekeur doorgevoerd
- stringenter beleid op het innen van toegangsbijdrage leidt tot ongewenste drempelverhoging
- de noodzaak tot het doorvoeren van bezuinigingen komt volgens organisaties voort uit de gewijzigde financieringsystematiek van de OKZ ('status aparte').

Het onderzoek zelf, dat geleid heeft tot het opstellen van dit zwartboek is niet gepubliceerd. Op 29 december 1997 zijn schriftelijke vragen door de Socialistische Partij gesteld. In haar antwoord daarop heeft de minister toegezegd de IGZ opdracht te geven onderzoek te doen naar de kwaliteit en beschikbaarheid van de JGZ (Tweede Kamer, 1998). De IGZ heeft de uitvoering van dit onderzoek op 17 juli 1998 aan TNO-PG opgedragen. De resultaten worden thans in het voorliggende rapport gepubliceerd.

Een Ongelijke Start

Ondertussen hield in februari 1998 het Landelijk Comité tegen de Tweedeling in de Zorg in samenwerking met de LFC een enquête onder 650 consultatiebureauartsen, waarvan 266 artsen de enquête hebben ingevuld en geretourneerd (respons 41%). De resultaten zijn in maart 1998 gepubliceerd in het rapport *Een Ongelijke Start* (Palm & Bulk, 1998).

Conclusies uit *Een Ongelijke Start* waren:

- 75% van de artsen meldde dat in 1997 het aantal locaties waar OKZ werd aangeboden was verminderd
- 64% van de artsen meldde dat in 1997 de consultduur was teruggebracht, vaak tot minder dan de aanbevolen 15 minuten
- 62% van de artsen meldde dat het aantal consulten in 1997 was gereduceerd, vaak tot onder het aanbevolen aantal
- 42% van de artsen meldde dat in 1997 het aantal huisbezoeken was verminderd
- 29% van de artsen meldde tientallen kinderen te kennen, die geen gebruik (meer) maakten van de zorg vanwege de toegangsbijdrage (vooral peuters, kinderen uit lagere sociaal economische klassen en allochtone kinderen)

Het valt buiten het kader van dit rapport bovengenoemde publicaties diepgaander te bespreken. Volstaan wordt met de opmerkingen dat het LFC-onderzoek dat tot het *Zwartboek* heeft geleid niet openbaar is gemaakt en derhalve niet beoordeeld kan worden en dat bij *Een Ongelijke Start* methodologische kanttekeningen geplaatst kunnen worden. Met name was de respons laag en de vraagstelling suggestief.

Op weg naar volwassenheid

De in 1994 door de toenmalige staatssecretaris van WVC aan de Tweede Kamer toegezegde evaluatie van de jeugdgezondheidszorg is in 1996 uitgevoerd en geeft de situatie weer op 1 januari 1996. Het rapport, getiteld *Op weg naar volwassenheid*, verscheen in 1997 (Burgmeijer et al., 1997). De conclusies in een notendop waren:

- het merendeel van de jeugd verkeert in een goede gezondheidstoestand
- de standaardisatie in de JGZ is toegenomen
- de uitvoeringspraktijk van de JGZ is zeer gevarieerd
- er bestaat een grote spreiding in kosten, die weinig gerelateerd is aan de zorg
- afstemming over individuele cliëntenzorg functioneert goed
- beleidsmatige afstemming laat te wensen over
- doeltreffendheid en doelmatigheid kunnen verbeteren
- landelijke regie en correctiemogelijkheden zijn (te) beperkt
- deskundigheid personeel is verbeterd
- toegang tot de zorg is voldoende
- effectevaluatie is dringend gewenst.

In verband met de vraagstelling van het huidige onderzoek zijn vooral van belang de conclusies dat:

- standaardisatie was toegenomen
- de uitvoeringspraktijk zeer gevarieerd was
- de kosten van de JGZ zeer uiteen liepen
- de toegang tot de zorg voldoende was
- de deskundigheid was toegenomen.

1.3 Methode

1.3.1 Afstemming met andere onderzoeken

Ongeveer tegelijkertijd met de opdracht aan TNO-PG heeft de IGZ het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) opdracht gegeven onderzoek te doen naar het beleid van zorgverzekeraars en kraamcentra op het gebied van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de kraamzorg. In de voorbereidingsfase is contact geweest tussen de beide onderzoeksteams en zijn de vragenlijsten uitgewisseld en waar nodig en mogelijk afgestemd. Onnodige overlap is daardoor voorkomen.

In het najaar van 1998 heeft het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) een werkplan opgesteld om een onderzoek uit te voeren naar de invloed van het verdeelmodel op de status aparte activiteiten. Anders dan bij het NIVEL-onderzoek het geval was, heeft dit onderzoek geen gelijke pas gehouden met het huidige onderzoek, waardoor afstemming niet mogelijk was.

1.3.2 Instrument

De gegevens zijn verzameld door middel van een schriftelijke enquête die naar alle organisaties die OKZ uitvoeren is gezonden (64 thuiszorgorganisaties en de GG&GD van Amsterdam). Om antwoord te kunnen geven op de eerste onderzoeksvraag is een vergelijking met de situatie per 1 januari 1996 noodzakelijk. Zoals reeds hierboven werd opgemerkt is deze situatie is beschreven in het rapport *Op weg naar volwassenheid* (Burgmeijer et al., 1997). Een deel van de vragen in het huidige onderzoek is daarom identiek aan de vragen die in 1996 zijn gesteld. Tabel 2 geeft een overzicht van de onderdelen die in het onderzoek zijn betrokken. Tevens is aangegeven of vergelijking met 1996 mogelijk is. De uitvoerbaarheid van die vergelijking was echter afhankelijk van de respons (zie § 2.1).

Tabel 2 Onderwerpen die in het onderzoek 1998 zijn betrokken en de mogelijkheden tot vergelijking met het onderzoek uit 1996

Onderwerp	Vergelijking mogelijk met 1996
<i>Bereik en opkomst</i>	
Populatie in zorg op 1-1-1998	Ja
Subpopulaties met verhoogd risico in zorg op 1-1-1998	Ja
Beleid t.a.v. toegangsbijdrage c.q. contributie	Ja
<i>Productie</i>	
Normen t.a.v. gemiddelde consultduur, per discipline en per leeftijdscategorie, 1997	Ja
Gerealiseerde gemiddelde consultduur, per discipline en per leeftijdscategorie, 1997	Ja
Gerealiseerde aantallen consulten en huisbezoeken 1997	ja
<i>Organisatie</i>	
Divisievorming	Ja
<i>Financiën</i>	
Kosten per kind	Nee
Toename / afname in kosten	Beperkt
Toedeling van het status aparte-budget	Ja
Oneigenlijk gebruik van status aparte gelden (care voor kinderen)	Ja
<i>Implementatie zorgpakket OKZ (LVT)</i>	
Mate van overeenkomst eigen aanbod met LVT-pakket	Ja
Geplande contactmomenten	Ja
Uitvoering van de onderdelen van het pakket	Ja
<i>Deskundigheid</i>	
Beschikbaarheid van diverse disciplines	Ja
Bij- en nascholing in 1997	Ja
<i>Toegankelijkheid</i>	
Aantal locaties 1997	Ja
Vervangende voorzieningen voor afgestoten locaties	Ja

1.3.3 Analyse

Op basis van met de opdrachtgever daarover gemaakte afspraken wordt in dit rapport volstaan met het presenteren van frequentietabellen en percentages. Hoewel geen onderdeel vormend van de opdracht, zijn enkele gepaarde analyses tussen de resultaten van 1996 en de huidige uitgevoerd, voor zover dit binnen de beschikbare tijd en het budget mogelijk was.

In het huidige onderzoek wordt een vergelijking gemaakt tussen de toestand in 1996 en die in 1998. Bij sommige vragen moest in 1996 echter worden gevraagd naar de gegevens over 1995 en in 1998 naar gegevens over 1997, omdat die gegevens over het nog lopende jaar nog niet beschikbaar konden zijn (bijvoorbeeld het aantal geboren kinderen in een kalenderjaar). Daardoor kunnen in de tabellen verschillende jaartallen voorkomen (1995, 1996, 1997, 1998). Voor het goede begrip wordt erop gewezen dat deze jaartallen altijd refereren aan het jaar waarop de gepresenteerde gegevens betrekking hebben en niet op het jaar waarin het onderzoek heeft plaats gevonden.

1.3.4 Uitvoering en begeleiding

Het onderzoek is uitgevoerd door R. J. F. Burgmeijer, jeugdarts (projectleider) en drs. J. A. M. W. Rijcken, gezondheidswetenschapper. Mevrouw A. Ambler, jeugdarts en Inspecteur Public Health was de contactpersoon namens de opdrachtgever. De interne supervisie bij TNO-PG werd uitgevoerd door dr. R. A. Hirsing, kinder- en jeugdarts en Hoofd Sector Jeugd 0-19 jaar. De concepten van dit rapport werden van waardevolle op- en aanmerkingen voorzien door mevrouw professor dr. S.P. Verloove-Vanhorick, kinderarts-epidemioloog, Hoofd Divisie Jeugd van TNO-PG en door de heer dr. H.P. Verbrugge, jeugdarts, adviseur ten behoeve van de Divisie Jeugd van TNO-PG. De concepten werden eveneens besproken met mevrouw A. Ambler.

2 Resultaten

2.1 Respons en representativiteit

Resultaat (tabel 3)

Op 30 september 1998 is aan de 65 thuiszorgorganisaties¹ die OKZ leveren de vragenlijst gezonden. De organisaties zijn opgenomen in bijlage 3. Potentieel konden 66 vragenlijsten worden terug ontvangen, omdat één pas gefuseerde organisatie de toegestuurde vragenlijst had gekopieerd en voor beide fusiepartners een vragenlijst had geretourneerd. De datum waarop de vragenlijsten uiterlijk werden terug verwacht, was gesteld op 1 november 1998. Dit bleek voor veel organisaties niet haalbaar en deze vroegen uitstel. Ook lieten enkele organisaties bij voorbaat weten niet aan het verzoek te kunnen voldoen. De redenen daarvoor waren dat de gegevens niet werden geregistreerd of de registratie onvoldoende toegankelijk was. De uiterste inzenddatum werd verschoven naar 15 november 1998. Op die datum waren 36 vragenlijsten terug ontvangen (55%). Na een rappel, verzonden op 19 november 1998, steeg het aantal tot 61 (92%), waarvan 5 niet ingevuld bleken. De respons kwam daarmee uiteindelijk op 56 (85%) geheel of gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten (tabel 3). De respons was daarmee 2% lager dan in 1996.

Bi de bespreking van de resultaten in dit rapport wordt over 'thuiszorgorganisaties' gesproken als de uitspraak betrekking heeft op alle thuiszorgorganisaties en wanneer een uitspraak gegeneraliseerd mag worden (bij een respons van 75% of hoger). In alle andere gevallen wordt gesproken van 'respondenten' en betreft de uitspraak alleen organisaties die op een bepaalde vraag hebben geantwoord.

Tabel 3 Respons, uitgedrukt als aantal geheel of gedeeltelijk ingevulde en ontvangen enquêtes

Enquêtes	1996		1998	
	n	%	N	%
Verzonden	68	100	66	100
Niet of blanco ontvangen	9	13,8	10	15,2
(Gedeeltelijk) ingevuld terugontvangen (respons)	59	86,8	56	84,8

¹ Voor de leesbaarheid wordt in dit rapport constant gesproken over thuiszorgorganisaties, ook al betreft het in één geval de GG&GD van Amsterdam. Waar nodig zal dit onderscheid expliciet worden aangegeven.

Beschouwing en conclusie

Bij een respons van 85%, met drie van de vier grote steden onder de respondenten en een goede geografische spreiding, zouden de respondenten als representatief kunnen worden beschouwd voor alle thuiszorgorganisaties. Er moest echter een voorbehoud worden gemaakt op een drietal punten.

Het eerste voorbehoud betrof de geografische spreiding: in de provincie Overijssel bleken waar drie van de vier organisaties tot de non-respondenten behoren (zie bijlage 1).

Het tweede voorbehoud gold de grootte van de organisaties. De wat grotere organisaties bleken licht oververtegenwoordigd. Dit heeft sommige resultaten in die zin beïnvloed dat het gemiddelde geen goede centrale waarde meer was. Waar van toepassing, is daarom tevens de mediaan vermeld en in een enkel geval ook de modus.²

Een derde voorbehoud moet worden gemaakt voor de representativiteit van de antwoorden op vraagniveau. Evenals in het evaluatieonderzoek van 1996 is gebeurd, is ook bij het huidige onderzoek gesteld dat op een vraag door minstens 75% van alle organisaties geantwoord moest zijn om het resultaat te mogen generaliseren. Dit is echter arbitrair. Ook bij een non-respons van 25% of lager kan nog sprake zijn van een niet representatieve steekproef. Gezien de schriftelijke en telefonische reacties van de non-respondenten op het verzoek van TNO-PG om aan het onderzoek deel te nemen, mocht ervan uitgaan worden, dat de respondenten een positieve selectie vormden. De non-respondenten hadden namelijk vrijwel steeds aangegeven dat hun registratie ofwel tekort schoot, dan wel dat om allerlei redenen de registratie zo ontoegankelijk was dat niet mogelijk was de gevraagde gegevens binnen de gestelde termijn te leveren.

Het is dus zeer wel waarschijnlijk dat de resultaten van het huidige onderzoek een gunstiger beeld gaven dan de werkelijke situatie.

In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de respons per vraag. Daaruit blijkt dat over het algemeen de respons per vraag in 1998 lager lag dan in 1996.

In algemene zin kon de conclusie worden getrokken dat thuiszorgorganisaties de gevraagde gegevens in 1998 minder goed konden leveren dan in 1996. Uit de hierna volgende bespreking van de resultaten blijkt dat de oorzaken hiervan gelegen konden zijn in:

- ontbreken van registratie van de gevraagde gegevens
- minder toegankelijk zijn van de gevraagde gegevens

² Het gemiddelde is alleen een goede centrale maat bij een normale verdeling. Extreme waarden kunnen het gemiddelde sterk beïnvloeden. De mediaan (de waarde waarboven 50% en waaronder 50% van alle waarnemingen liggen) geeft dan een betere indruk. De modus geeft de waarde aan met die het meest voorkomt.

2.2 Demografie

2.2.1 Aantal inwoners in het werkgebied (vragen 1 en 2)

Resultaat (tabel 4)

De respons op de vraag naar het aantal inwoners was in 1998 8% lager dan in 1996, namelijk 74% tegenover 82% en bleef daarmee net onder grens die in 1996 werd gehanteerd voor 'voldoende' (75%). De verdeling naar grootte van het werkgebied verschilde niet opvallend. Zowel in 1996 als in 1998 waren drie van de vier grote steden vertegenwoordigd. In 1996 behoorde Rotterdam tot de respondenten en Amsterdam niet. In 1998 was het omgekeerde het geval. De wat grotere organisaties waren licht oververtegenwoordigd. Voor een aantal vragen had dat tot gevolg dat de mediaan een betere centrale maat was dan het gemiddelde (Zie voetnoot 2 op pagina 22 voor uitleg).

Tabel 4 Overzicht van thuiszorgorganisaties naar het aantal inwoners van het werkgebied, 1996 en 1998

		1996		1998	
		Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties(N)		68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar		12	17,6	17	25,6
Respons (= n)		56	82,4	49	74,4
<i>Omvang werkgebied naar inwonertal x 1000</i>			% van n		% van n
Zeër klein	< 100	1	2	1	2
Klein	100 – 199	23	41	19	39
Middelgroot	200 – 299	22	39	22	45
Groot	300 – 399	4	7	2	4
Zeër groot	≥ 400	6	11	5	10

Beschouwing en conclusie

De lagere respons heeft hoogstwaarschijnlijk niet geleid tot een verschil in representativiteit tussen het onderzoek van 1996 en het onderhavige: in de verdeling naar de grootte van het werkgebied, afgemeten aan het aantal inwoners en de vertegenwoordiging van grote steden, zijn geen grote verschuivingen opgetreden.

2.2.2 Aantal in het werkgebied geboren kinderen (vragen 3 en 4)

Resultaat (tabel 5)

De respons op de vraag naar het aantal in het werkgebied geboren kinderen lag in 1998 11% lager dan in 1996, namelijk op 74% tegenover 85%. De respons bleef daarmee iets onder de grens van 'voldoende'. De middenwaarden en spreiding verschilden nauwelijks.

Tabel 5 Aantal in het werkgebied van thuiszorgorganisaties geboren kinderen, 1995 en 1997

	1995		1997	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	10	14,7	17	25,8
Respons (n)	58	85,3	49	74,2
<i>Spreiding en middenwaarden</i>				
Spreiding	1.137 – 9.476		785 – 9.283	
Mediaan	2.713		2.746	
Gemiddelde	3.024		3.030	

Beschouwing en conclusie

Het aantal organisaties dat in 1998 opgave heeft kunnen doen van registratie van het aantal in het werkgebied geboren kinderen was ten opzichte van 1996 met 11% gedaald. De vraag rijst of dit ook betekent dat dit gegeven in de desbetreffende organisaties niet meer werd geregistreerd, c.q. dat deze registratie minder toegankelijk was geworden. De in 1998 gerapporteerde cijfers waren niettemin in overeenstemming met wat op grond van de loop der bevolking verwacht kon worden.

2.2.3 Aantal in het werkgebied woonachtige peuters

Resultaat (tabel 6)

De respons op deze vraag was in 1998 4% lager dan in 1996, namelijk 71% tegenover 75%. De middenwaarden en spreiding lagen in 1998 15% tot 20% lager dan in 1996.

Tabel 6 Aantal in het werkgebied woonachtige peuters op 1 januari, 1996 en 1998

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	17	25,0	19	28,8
Respons (n)	51	75,0	47	71,2
<i>Spreiding en middenwaarden</i>				
Spreiding	4.733 – 43.204		2.361 – 19.680	
Mediaan	9.895		8.466	
Gemiddelde	11.321		9.132	

Beschouwing en conclusie

De groep op 1-1-1996 in het werkgebied aanwezige peuters werd gevormd door de kinderen die in 1993, 1994 of 1995 waren geboren. De groep peuters op 1-1-1998 bestond uit kinderen geboren in 1995, 1996 of 1997. Op grond van de geboortecijfers in de genoemde jaren (CBS) kon een daling van het aantal aanwezige peuters worden verwacht van ongeveer 2%. De gevonden verschillen waren echter 7,5 tot 10 maal dit percentage.

Geconcludeerd wordt dat de gevonden verschillen tussen 1996 en 1998 niet toegeschreven konden worden aan de loop der bevolking in deze periode. Dit zou erop kunnen duiden dat de nauwkeurigheid van de registratie van het aantal aanwezige peuters sinds 1996 in kwaliteit was teruggelopen en dat daardoor de desbetreffende thuiszorgorganisaties onvoldoende zicht hadden in de doelpopulatie.

2.2.4 Gehanteerde definities voor 'allochtoon' (vragen 7, 8 en 9)

Resultaat (tabel 7)

In 1996 was deze vraag niet gesteld, waardoor vergelijking niet mogelijk was. De respons was 58%. De helft van de respondenten had geen afspraken op organisatieniveau gemaakt over de definitie. Dit werd overgelaten aan de individuele beoordeling van consultatiebureau medewerkers. Bij de andere helft viel een verscheidenheid aan gehanteerde definities te constateren.

Tabel 7 Door thuiszorgorganisaties gehanteerde definities voor 'allochtoon'

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	28	42,4
Respons (n)	38	57,6
<i>Gehanteerde definities</i>		% van n
Elk consultatiebureau kan zijn eigen definitie hanteren	19	50,0
Taalprobleem belemmert goede communicatie	6	15,8
Minstens één ouder is buiten Nederland geboren	6	15,8
Kind behoort tot de eerste of tweede generatie migranten	3	7,9
Minstens één ouder heeft een niet-Nederlands paspoort	2	5,3
Kind is buiten Nederland geboren	1	2,6
Kind heeft een niet-Nederlands paspoort	1	2,6

Beschouwing en conclusie

Geconcludeerd wordt dat, als er al een definitie voor het begrip 'allochtoon' werd gehanteerd, de eenheid van definiëring ontbrak. Dit kan problemen opleveren als budgetten moeten worden toegekend op basis van aantallen kinderen die 'allochtoon' zijn.

2.2.5 Aantal in het werkgebied aanwezige zuigelingen van niet-Nederlandse afkomst

Resultaat (tabel 8 en tabel 9)

Het aantal organisaties dat opgave kon doen van het aantal in het werkgebied aanwezige allochtone zuigelingen was in 1996 reeds gering (11), maar in 1998 nog geringer (6). Vergelijking wat betreft peuters was niet mogelijk, omdat daarnaar in 1996 niet was gevraagd. In 1998 konden 4 organisaties opgave doen van het aantal allochtone zuigelingen.

Tabel 8 Aantal in het werkgebied aanwezige zuigelingen van niet-Nederlandse afkomst, 1995 en 1997

	1995		1997	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	57	83,8%	60	90,9%
Respons (n)	11	16,2	6	9,1
<i>Spreiding en middenwaarden</i>				
Spreiding	84 – 13.972		31 – 4.795	
Mediaan	308		—*)	
Gemiddelde	2.137		—*)	

*) niet berekend wegens gering aantal respondenten

Tabel 9 Aantal in het werkgebied aanwezige peuters van niet-Nederlandse afkomst, 1995 en 1997

	1997	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	62	97,0
Respons (n)	4	3,0
<i>Spreiding en middenwaarden</i>		
Spreiding	370 – 13.406	
Mediaan	—*)	
Gemiddelde	—*)	

*) niet berekend wegens gering aantal respondenten

Beschouwing en conclusie

Evenals in 1996 het geval was, zal het geringe aantal organisaties dat in 1998 deze vraag had beantwoord, deels toe te schrijven zijn geweest aan de ongelijkmatige verdeling van allochtonen over Nederland. Dit verklaart dan ook voor een deel de grote spreiding van de opgegeven aantallen. In 1996 gaven de meeste organisaties die geen opgave hadden gedaan aan, dat het aantal aanwezige allochtone kinderen in het werkgebied te gering was om daarvoor een aparte registratie bij te houden. Dit bleek echter geen steekhoudend argument, want op basis van de getallen van het CBS betreffende de spreiding van allochtonen over Nederland (bijlage 3), zouden niet alleen van de vier grote steden, maar ook van de thuiszorgorganisaties in de provincies Zuid-Holland, Noord-Holland, Noord-Brabant, Utrecht, Gelderland en Overijssel verwacht mogen worden dat zij inzicht hadden in het allochtone deel van de doelpopulatie. Dit bleek lang niet altijd het geval.

Geconcludeerd wordt dat een aantal thuiszorgorganisaties onvoldoende inzicht had in het aantal allochtone kinderen in het werkgebied. De slechte situatie die in 1996 bestond bleek in 1998 verder verslechterd.

2.3 Bereik

Bij de Evaluatie JGZ in 1996 was reeds gebleken dat de begrippen 'in zorg' en 'bereik' niet voor elke organisatie hetzelfde betekenden. Daarom werd in het huidige onderzoek gevraagd naar de definities die thuiszorgorganisaties hanteren om een kind als 'in zorg' te registreren en welke criteria zij aanlegden om een kind weer uit die registratie te schrappen.

2.3.1 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren om een zuigeling als 'in zorg' te registreren (vraag 12)

Resultaat (tabel 10)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk, omdat deze vraag toen niet was gesteld. De respons was 82%. Het merendeel van de thuiszorgorganisaties bleek een zuigeling als 'in zorg' te beschouwen, zodra het eerste contact was gelegd. Eenderde van de thuiszorgorganisaties beschouwde een kind pas in zorg nadat zorg van een bepaalde omvang daadwerkelijk was verleend.

Tabel 10 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren om een zuigeling als 'in zorg' te registreren.

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	12	18,2
Respons (n)	54	81,8
<i> criterium</i>		<i>% van n</i>
Zodra (een afspraak voor) een eerste contact tot stand komt	35	64,8
Zodra zorg van een bepaalde omvang wordt geleverd	19	35,2

Beschouwing en conclusie

Slechts 35% van de thuiszorgorganisaties gaf aan dat er eerst sprake moest zijn van daadwerkelijke zorgverlening om een zuigeling als 'in zorg' te registreren. Dit zou kunnen betekenen, dat bijna tweederde van de organisaties zuigelingen 'in zorg' hadden zonder dat aan deze kinderen daadwerkelijk zorg werd verleend. Om hoeveel kinderen het in werkelijkheid ging was met het huidige onderzoek niet aan te geven. Dit zal onmogelijk blijven zo lang er geen eenheid in de gehanteerde definitie bestaat en de thuiszorgorganisaties conform die eenduidige definitie gaan registreren.

2.3.2 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren om een zuigeling niet langer als 'in zorg' te registreren (vraag 13)

Resultaat (tabel 11)

De respons lag met 61% beneden de grens die als 'voldoende' werd beschouwd. Vergelijking met 1996 was niet mogelijk, omdat deze vraag toen niet was gesteld. Voor 70% van de respondenten gold de stelregel: 'Eenmaal in zorg, altijd in zorg', onafhankelijk van de vraag of daadwerkelijk zorg werd verleend. Het aantal respondenten dat op dit punt geen beleid had vastgesteld was relatief hoog (20).

Tabel 11 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren om een zuigeling niet langer als 'in zorg' te registreren.

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties(N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	26	39,4
Respons (n)	40	60,6

<i> criterium</i>		% van n
Geen (na eerste contact volgt nooit uitschrijving, ongeacht zorgafname daarna)	28	70,0
Indien geen vervolcontact, dan volgt uitschrijving na één week	2	5,0
Idem, na 2 weken	1	2,5
Idem, na 9 weken	1	2,5
Op dit punt is geen beleid op organisatieniveau vastgelegd	8	20,0

Beschouwing en conclusie

Bij 70% van de respondenten was het mogelijk dat zuigelingen geen zorg (meer) ontvingen, maar wel als 'in zorg' stonden geregistreerd, omdat deze respondenten zuigelingen niet uitschreven nadat geen zorg meer werd verleend. Om hoeveel kinderen het in de praktijk ging was met het huidige onderzoek niet aan te geven. Ook in apart onderzoek daarnaar zal het ontbreken van een eenduidige definitie de beantwoording van deze vraag onmogelijk maken.

2.3.3 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren om een peuter in als 'in zorg' te registreren (vraag 16)

Resultaat (tabel 12)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk. De respons was 83%. De helft van de organisaties liet de inschrijving van een zuigeling automatisch doorlopen. Iets meer dan een kwart van de organisaties koppelde 'in zorg' aan zorgafname van een bepaalde omvang.

Tabel 12 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren om een peuter als 'in zorg' te registreren.

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Geen informatie beschikbaar	11	16,7
Respons (n)	55	83,3
<i> criterium</i>		<i>% van n</i>
Inschrijving als zuigeling loopt gewoon door, ongeacht zorgafname	28	50,9
Zodra een afspraak voor een eerste contact tot stand komt	12	21,8
Zodra zorg van een bepaalde omvang wordt verleend	15	27,3

Beschouwing en conclusie

In combinatie met de resultaten van de vorige vraag was het mogelijk dat een peuter sinds zijn geboorte als 'in zorg' stond geregistreerd, zonder dat ooit zorg aan het kind was verleend. Zolang een eenduidige definitie ontbreekt en niet conform daaraan wordt geregistreerd, blijft het onmogelijk de vraag te beantwoorden om hoeveel kinderen het in de praktijk gaat.

2.3.4 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren om een peuter niet langer als 'in zorg' te registreren (vraag 17)

Resultaat (tabel 13)

In 1996 was deze vraag niet gesteld. In 1998 bleef de respons ruim onder de 75%-grens. Bij bijna de helft van de respondenten bleef een peuter altijd als 'in zorg' geregistreerd, ongeacht of na het eerste contact nog vervolgcontacten tot stand kwamen.

Tabel 13 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren om een peuter niet langer als 'in zorg' te registreren.

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	21	31,8
Respons (n)	45	68,2
criterium		% van n
Geen (blijft in zorg, ongeacht zorgafname)	27	60,0
Indien geen vervolgcontact, dan volgt uitschrijving na 1 –12 maanden	9	20,0
Op dit punt is geen beleid vastgesteld	9	20,0

Beschouwing en conclusie

Bij 60% van de respondenten is het mogelijk dat aan een 'in zorg' geregistreerde peuter in de praktijk geen zorg is of wordt verleend.

2.3.5 Aantal zuigelingen 'in zorg' (vraag 14)

Resultaat en vergelijking 1996/1998 (tabel 14)

Bij de interpretatie van de antwoorden moet rekening gehouden worden met het feit, dat het begrip 'in zorg' niet eenduidig is gedefinieerd. Het is niet bekend in hoeverre thuiszorginstellingen tussen 1996 en 1998 de door henzelf gehanteerde definitie hadden aangepast, maar het was onwaarschijnlijk dat dit op grote schaal was gebeurd, waardoor de cijfers van 1998 niet meer vergelijkbaar zouden zijn geweest met die van 1996. De middenwaarden en de spreiding bleken nauwelijks veranderd. Een 'gemiddelde' thuiszorgorganisatie kreeg jaarlijks een geboortecohort van 2.700 kinderen in zorg (mediane waarde). De spreiding was groot: 1.200 – 9.100 nieuwgeborenen.

Tabel 14 Aantallen zuigelingen in zorg, per 1 januari 1995, 1996 en 1998

Jaar	Instellingen en respons	Totaal	Spreiding	Gemiddeld	Mediaan
1995	54 (79,4%)	162.222	1.000 – 8.169	3.004	2.762
1996	57 (83,8%)	166.761	1.166 – 8.088	2.926	2.627
1998	45 (68,2%)	133.668	1.213 – 9.153	2.970	2.681

Beschouwing en conclusie

In tegenstelling tot de jaren 1995 en 1996 lag de respons in 1998 onder de grens van 75%. Het is opvallend hoe weinig thuiszorgorganisaties eind 1998 in staat waren opgave te doen van het aantal zuigelingen in zorg in op 1-1-1998.

Geconcludeerd werd dat eind 1998 slechts 68% van de thuiszorgorganisaties in staat was het aantal in 1997 'in zorg' zijnde zuigelingen te rapporteren.

Het betreft hier één van de meest essentiële gegevens voor monitoring van zorg op het terrein van public health. Gevoegd bij de eerder gemaakte opmerkingen in § 2.3.1 over de onduidelijkheden met betrekking tot de begrippen 'bereik' en 'in zorg', betekent dit dat anno 1998 onvoldoende inzicht bestond in het bereik van zuigelingen.

2.3.6 Aantal allochtone zuigelingen 'in zorg' (vraag 15)

Resultaat (tabel 15)

In 1996 hadden 11 organisaties het aantal allochtone zuigelingen in zorg gerapporteerd (respons 16%), in 1998 was dit aantal gedaald tot 8 (respons 12%).

Tabel 15 Aantallen allochtone zuigelingen 'in zorg', per 1 januari 1996 en 1998

Per 1 Jan	Instellingen (respons)	Totaal	Spreiding	Gemiddeld	Mediaan
1996	11 (18,6%)	8.091	65 – 5.852	736	164
1998	8 (14,3%)	3.899	31 – 2.802	487	206

Beschouwing en conclusie

Zowel in 1996 als in 1998 was het aantal organisaties dat inzicht had in het aantal allochtone zuigelingen in zorg uiterst gering. Op basis van de demografische verdeling van de allochtonen over het land, mocht verwacht worden dat een groter aantal organisaties dit gegeven zou hebben geregistreerd.

Geconcludeerd wordt, dat anno 1998 sommige thuiszorgorganisaties onvoldoende inzicht hadden in het bereik van allochtone zuigelingen. Zie ook de opmerking hierover in § 2.2.5.

2.3.7 Aantal peuters 'in zorg' (vraag 18)

Resultaat (tabel 16)

De respons op de vraag naar het aantal peuters 'in zorg' lag met 71% onder de grens van 'voldoende'. Ten opzichte van 1996 was de respons met bijna 10% gedaald. Het aantal peuters dat bij de respondenten 'in zorg' was, bleek in de periode 1996-1998 iets te zijn afgenomen.

Tabel 16 Aantallen peuters' in zorg', per 1 januari 1995, 1996 en 1998

Jaar	Instellingen en respons	Totaal	Spreiding	Gemiddeld	Mediaan
1995	48 (70,6%)	412.667	1.306 – 23.007	8.597	8.029
1996	55 (80,9%)	528.630	1.321 – 50.400	9.611	8.202
1998	47 (71,2%)	412.604	2.807 – 24.114	8.779	7.622

Beschouwing en conclusie

Minder dan driekwart van de thuiszorgorganisaties kon medio 1998 opgave doen van het aantal peuters in zorg op 1 januari van dat jaar.

Geconcludeerd wordt dat eind 1998 slechts 71% van de thuiszorgorganisaties in staat was het aantal in 1997 'in zorg' zijnde peuters te rapporteren.

Het betreft hier één van de meest essentiële gegevens voor monitoring van zorg op het terrein van public health. Gevoegd bij de eerder gemaakte opmerkingen in § 2.3.1 over de onduidelijkheden met betrekking tot de begrippen 'bereik' en 'in zorg', betekent dit dat anno 1998 onvoldoende inzicht bestond in het bereik van peuters.

2.3.8 Aantal allochtone peuters 'in zorg' (vraag 19)

Resultaat (tabel 17)

In 1996 hadden 8 instellingen opgave gedaan van het aantal allochtone peuters in het werkgebied. In 1998 was dit aantal gedaald tot 4.

Tabel 17 Aantallen allochtone peuters 'in zorg', per 1 januari 1996 en 1998

Jaar	Instellingen (respons)	Totaal	Spreiding	Gemiddeld	Mediaan
1996	8 (11,8%)	23.755	281 - 17.558	2.969	885
1998	4 (6,1%)	2.256	398 - 784	—*)	—*)

*) niet berekend wegens gering aantal respondenten

Beschouwing en conclusie

Op basis van deze resultaten kon geconcludeerd worden dat veel thuiszorgorganisaties in gebieden waar relatief veel allochtonen wonen, geen inzicht hadden in de demografische opbouw van hun doelpopulatie.

2.3.9 Beleid dat thuiszorgorganisaties voeren bij kinderen die voor het eerst (vraag 20) en herhaaldelijk (vraag 23) niet verschijnen zonder bericht

Resultaat (tabel 18 en tabel 19)

In 1998 was de vraagstelling gedetailleerder dan in 1996, waardoor een vergelijking op details niet mogelijk was. De respons was in 1998 met 82% aanzienlijk hoger dan in 1996 (59%). Dat gold ook voor de vraag over het herhaaldelijk niet verschijnen (respectievelijk 52% en 79%). In 1998 lieten minder thuiszorgorganisaties het initiatief volledig van de ouders uitgaan dan in 1996, terwijl het aantal organisaties dat het CB-team naar bevind van zaken liet handelen was gestegen van 25 naar 37. Na herhaaldelijk niet verschijnen liet in 1998 44% van de thuiszorgorganisaties het aan het CB-team over hoe in die situatie te handelen.

Tabel 18 Beleid ten aanzien van het voor de eerste maal niet verschijnen zonder bericht

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	28	41,1	12	18,2
Respons (n)	40	58,9	54	81,8
<i>Beleid</i>		% van n		% van n
Schriftelijk en/of telefonisch rappel en/of huisbezoek	19	47,5		57,4
Eenmalig rappel, waarna geen actie meer			20	
Huisbezoek na uitblijven van reactie op rappel			11	
Huisbezoek te allen tijde			0	
Initiatief moet altijd van ouders uitgaan	11	27,5	3	5,6
Elk CB-team handelt naar bevind van zaken	10	25,0	20	37,0

Tabel 19 *Beleid ten aanzien van het herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht*

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties(N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	14	21,2
Respons (n)	52	78,8
<i>Beleid</i>		% van n
Eenmalig schriftelijk of telefonisch rappel, waarna geen actie meer	12	23,1
Huisbezoek na geen reactie op schriftelijk of telefonisch rappel	12	23,1
Huisbezoek te allen tijde	0	
Initiatief moet altijd van ouders uitgaan	5	9,6
Elk CB-team handelt naar bevind van zaken	23	44,2

Beschouwing en conclusie

De daling van het aantal organisaties dat het initiatief volledig bij de ouders liet liggen kan als een positieve ontwikkeling worden gezien. Aan de andere kant viel een stijging van het aantal organisaties te constateren dat het aan consultatiebureau medewerkers over liet hoe te handelen na het voor de eerste maal niet verschijnen zonder bericht. Na herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht werd het 'beleid' in nog grotere mate aan de uitvoerenden overgelaten.

Relatief hoog (37) was in 1998 het percentage organisaties dat na één schriftelijke of telefonische poging geen actie meer ondernam om de ouders en kinderen alsnog te bereiken. Bij kinderen die herhaaldelijk wegbleven lag dit percentage op 23.

Deze bevinding kan een verklaring zijn voor de constatering, dat veel kinderen –met name peuters- bij organisaties 'zoek' zijn (zie ook de conclusie bij § 2.2.3). De bevinding kan ook de stelling uit *Een Ongelijke Start* onderbouwen, dat een toenemend aantal kinderen geen gebruik (meer) maakte van de zorg. De bevinding leek minder onderbouwing te geven aan de stelling uit het *Zwartboek* van de LFC, dat thuiszorgorganisaties kinderen eerder uitschreven. Feitelijk uitschrijven gebeurde namelijk niet vaak, zoals reeds in § 2.3.1 ter sprake werd gebracht.

2.3.10 Verschillend beleid voor allochtone en autochtone kinderen bij voor het eerst (vraag 21) en herhaaldelijk (vraag 24) niet verschijnen zonder bericht

Resultaat (tabel 20 en tabel 21)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk is. De respons op de vraag naar het beleid betreffende het voor de eerste maal niet verschijnen was voldoende (77%). De overeenkomstige vraag betreffende het herhaalde malen niet verschijnen was 22% lager. De meeste respondenten hanteerden in 1998 hetzelfde beleid voor allochtone kinderen als voor autochtone kinderen. Dat was vaker het geval na één maal niet verschijnen zonder bericht (73%), dan na meerdere malen niet verschijnen zonder bericht (64%). In alle 27 gevallen waarin wel verschil in beleid werd gemeld, was de benadering van allochtonen intensiever.

Tabel 20 Beleid ten aanzien van het voor de eerste maal niet verschijnen zonder bericht door allochtonen

	1998	
	Abs	% van n
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	15	22,7
Respons (n)	51	77,3
<i>Beleid</i>		% van n
Geen verschil in beleid ten opzichte van autochtone kinderen	37	72,5
Voor allochtonen wordt een intensiever beleid gevoerd	14	27,5
Voor allochtonen wordt een meer afwachtende houding aangenomen	0	

Tabel 21 Beleid ten aanzien van het herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht door allochtonen

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	30	45,5
Respons (n)	36	54,5
<i>Beleid</i>		% van n
Geen verschil in beleid ten opzichte van autochtone kinderen	23	63,9
Voor allochtonen wordt een 'intensiever' beleid gevoerd	13	36,1
Voor allochtonen wordt een meer afwachtende houding aangenomen	0	0

Beschouwing en conclusie

Bijna driekwart van de respondenten maakte geen verschil in benadering van autochtone en allochtone kinderen nadat die voor de eerste maal niet zijn verschenen zonder bericht. Na meermalen niet verschijnen maakten meer organisaties verschil, waarbij in alle gevallen allochtonen een intensievere benadering kregen.

De veel lagere respons op de vraag naar het beleid na herhaaldelijk niet verschijnen kan wellicht verklaard worden uit het feit dat respondenten geen verschil maakten tussen eenmalig en herhaaldelijk niet verschijnen.

Conclusies over de effectiviteit van die benadering waren niet uit het huidige onderzoek te trekken, maar tegen de achtergrond van eerdere conclusies dat onvoldoende inzicht bestond in de doelgroep, met name het allochtone deel daarvan, konden wel vraagtekens worden geplaatst bij de effectiviteit van die interventies.

2.3.11 Wijziging in beleid in de periode 1996-1998 ten aanzien van het voor het eerst (vraag 22) en herhaaldelijk (vraag 25) niet verschijnen zonder bericht

Resultaat (tabel 22 en tabel 23)

De respons was 82%. De meeste thuiszorgorganisaties hebben tussen 1996 en 1998 hun beleid niet gewijzigd om weer met kinderen in contact te komen na niet verschijnen zonder bericht. Dat was vaker het geval na één maal niet verschijnen zonder bericht (76%), dan na meerdere malen niet verschijnen zonder bericht (64%). Van de 23 gevallen waarin wel een beleidswijziging werd gemeld, gaven de respondenten in 20 gevallen aan dat de organisatie zich in 1998 meer inspanningen getroostte dan in 1996.

Tabel 22 Verandering in beleid ten aanzien van het voor de eerste maal niet verschijnen zonder bericht

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	12	18,2
Respons (n)	54	81,8
<i>Beleidsverandering</i>		
Niet van toepassing (ongewijzigd beleid)	41	75,9
Organisatie getroost zich in 1998 meer inspanningen dan in 1996	12	22,2
Organisatie getroost zich in 1998 minder inspanningen dan in 1996	1	1,9

Tabel 23 Verandering in beleid ten aanzien van het herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht

	1998	
	N	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	30	45,5
Respons (n)	36	54,5
<i>Beleidsverandering</i>		% van n
Niet van toepassing (ongewijzigd beleid)	23	63,9
Organisatie getroostte zich in 1998 meer inspanningen dan in 1996	11	30,6
Organisatie getroostte zich in 1998 minder inspanningen dan in 1996	2	5,5

Beschouwing en conclusie

Het aantal respondenten dat een positieve ontwikkeling had gemeld was aanzienlijk hoger dan de respondenten bij wie zich het omgekeerde had voorgedaan. Het was echter de vraag of deze bevinding de stellingen in *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek* van de LFC volledig ontkracht. De lage respons op de vraag naar het herhaaldelijk niet verschijnen liet immers geen generalisatie van deze bevinding toe. Verder was het goed denkbaar dat selectie was opgetreden tussen respondenten en non-respondenten. Dezelfde opmerkingen waren overigens ook op *Een Ongelijke Start* van toepassing (respons 41%). De conclusies waren dus alleen van toepassing op de respondenten. Het landelijk beeld bleef onduidelijk.

2.3.12 Bereik en registratie van redenen waarom zuigelingen niet in zorg zijn (vraag 26)*Resultaat (tabel 24)*

In 1996 was niet gevraagd naar een uitsplitsing in categorieën. Vergelijking was daardoor niet mogelijk. Van 41 organisaties waren zowel het aantal aanwezige zuigelingen (vraag 3) als het aantal zuigelingen in zorg bekend (vraag 14). Op basis van de cijfers van deze 41 instellingen kon het bereik worden berekend. Dit was gemiddeld 98,2% met een spreiding van 88,9% tot 104,2%. Hogere percentages dan 100 waren mogelijk vanwege 'overloop' van cliënten van het ene werkgebied naar het andere. Over 1995 werd een bereikpercentage van 97 berekend.

Vier respondenten (respons 6%) konden aangeven hoeveel zuigelingen niet in zorg waren. Het ging om een totaal van 2.457 kinderen. Slechts van 201 zuigelingen (8%) kon de reden worden vermeld.

Tabel 24 Redenen waarom zuigelingen in 1998 niet in zorg waren (N.B. Opgave van 4 organisaties)

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Geen enkele informatie beschikbaar	10	15,2
Informatie over aantallen niet beschikbaar	24	36,4
Informatie over reden van wegblijven niet beschikbaar	28	42,4
Respons (n)	4	6,0

<i>Reden van niet in zorg zijn bij de OKZ</i>	Zuigelingen (n= 2.457)	
	Abs	% van n
Bij huisarts onder controle	63	2,6
Langdurig opgenomen in gezondheidszorginstelling	130	5,3
Bij kinderarts onder controle	6	0,2
Uitgeschreven wegens niet betalen toegangsbijdrage	1	0,05
Uitgeschreven wegens niet verschijnen zonder bericht	1	0,05
Geen opgave van reden	2.256	91,8

Beschouwing en conclusie

Het gerapporteerde bereikpercentage was in 1998, evenals in voorgaande jaren, hoog. Ook nu moet echter aangetekend worden dat de begrippen 'bereik' en 'in zorg' niet eenduidig waren gedefinieerd. Gezien hetgeen hierover in § 2.3.1 werd opgemerkt, mag aangenomen worden dat het percentage kinderen aan wie daadwerkelijk zorg werd verleend lager lag. De grootte van het verschil kon met dit onderzoek niet worden aangetoond.

Het was een grote uitzondering dat een thuiszorgorganisatie getalsmatig kon aangeven hoeveel zuigelingen niet in zorg zijn. Dat een organisatie bovendien inzicht had in de redenen waarom kinderen niet in zorg waren, was een nog grotere uitzondering.

Wellicht kan een deel van de verklaring hiervoor gevonden worden in de wijze waarop veel organisaties omgingen met het als 'in zorg' registreren van kinderen en het niet wijzigen van die registratie als de daadwerkelijke zorgverlening stopte (zie ook § 2.3.1 en § 2.3.2). Voor de vier betreffende respondenten gold dat het uitschrijven van cliënten vanwege het niet betalen van contributie geen rol van betekenis heeft gespeeld. Op basis van de zeer lage respons kan deze conclusie niet worden gegeneraliseerd.

Met het huidige onderzoek konden de stellingen op dit punt in *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek* noch worden onderbouwd, noch worden ontkracht. Voor de duidelijkheid wordt vermeld, dat de stellingen zelf ook op een niet representatieve steekproef zijn gebaseerd.

2.3.13 Bereik en registratie van categorieën peuters die niet in zorg zijn (vraag 27)

Resultaat (tabel 25)

In het evaluatieonderzoek van 1996 was niet gevraagd naar een uitsplitsing in categorieën over 1995. Vergelijking met 1997 was daardoor niet mogelijk. Van 28 respondenten waren zowel het aantal aanwezige peuters als het aantal peuters in zorg bekend. Op basis van de cijfers van deze 28 instellingen kon het bereik worden berekend. Dit was gemiddeld 92,8% met een spreiding van 71,7% tot 101,4%. Hogere percentages dan 100 zijn mogelijk vanwege 'overloop' van cliënten van het ene werkgebied naar het andere. Over 1995 werd een bereikpercentage van 83 berekend.

Door één respondent werd opgegeven dat 19.918 peuters niet in zorg waren. Van 91 van hen (0,5%) kon de reden worden vermeld (tabel 26).

Tabel 25 Redenen waarom peuters in 1998 niet in zorg waren (N.B. Opgave van één organisatie)

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
In het geheel geen informatie beschikbaar	10	15,2
Informatie over aantallen niet beschikbaar	28	42,4
Informatie over redenen van wegblijven niet bekend	27	40,9
Respons	1	1,5

Reden van niet in zorg zijn bij de OKZ

	Peuters (n = 19.918)	
		% van n
Bij huisarts onder controle	85	0,4
Langdurig opgenomen in gezondheidszorginstelling	0	0,0
Bij kinderarts onder controle	6	0,1
Uitgeschreven wegens niet betalen toegangsbijdrage	0	0,0
Uitgeschreven wegens niet verschijnen zonder bericht	0	0,0
Geen opgave van reden	19.827	99,5

Beschouwing en conclusie

Nog niet de helft van de respondenten had in 1998 inzicht in het bereik bij de peuters. Ten opzichte van 1996 betekende dit een grote achteruitgang. Tegen de achtergrond van eerder gemaakte kanttekeningen bij 'bereik' en 'in zorg' heeft een hoger bereik (93% in 1998 tegenover 83% in 1996) weinig te betekenen.

Van de 11 organisaties die een getalsmatige opgave konden doen van het aantal niet in zorg zijnde peuters, kon één organisatie van slechts 91 kinderen de redenen aangeven. Van de overige 19.827 kinderen kon geen reden worden genoemd. Het uitschrijven wegens niet betalen van de toegangsbijdrage werd door de desbetreffende organisatie niet genoemd, maar dit hoeft niet te betekenen dat dit bij andere organisaties ook zo is.

Als de gegevens van de 28 respondenten representatief zouden zijn voor Nederland, dan betekent dit, dat in 1998 ongeveer 47.000 peuters niet in zorg waren. Dat komt overeen met ongeveer 6% van de totale doelgroep van ongeveer 760.000 peuters. Zoals eerder herhaalde malen is opgemerkt, is er reden om aan te nemen dat aan minder kinderen zorg werd verleend dan de bereikpercentages aangaven.

2.3.14 Volgens protocol inlichten van de huisarts als een kind zorg is geweigerd vanwege het niet betalen van de toegangsbijdrage (vraag 28)

Resultaat (tabel 26)

De respons lag in 1998 met 67% ruim boven die in 1996 (35%), maar nog steeds onder de grens van 'voldoende' (75%). Zowel in 1996 als in 1998 was het geen gewoonte om de huisarts op de hoogte te stellen als aan een kind geen zorg (meer) werd verleend, omdat de ouders de toegangsbijdrage niet hadden betaald.

Tabel 26 Standaard inlichten van de huisarts als de organisatie weigert nog langer zorg te verlenen vanwege het niet betalen van de wettelijk verplichte toegangsbijdrage

	1996		1998	
	N	% van N	n	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	46	67,6	22	33,3
Respons (n)	22	35,4	44	66,7
<i>Beleid</i>				
Huisarts wordt volgens protocol op de hoogte gesteld	1	4,5	1	2,3
Huisarts wordt niet op de hoogte gesteld	21	95,5	43	97,7

Beschouwing en conclusie

Zowel in 1996 als in 1998 was het niet de gewoonte van thuiszorgorganisaties om de huisarts in te lichten als geen zorg werd verleend wegens het niet betalen van de toegangsbijdrage. Om hoeveel kinderen het gaat, bleef wegens de lage respons een open vraag (zie ook de conclusie van § 2.3.12 en § 2.3.13).

2.3.15 Volgens protocol inlichten van de huisarts als aan een kind geen zorg kon worden verleend vanwege het herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht (vraag 29)

Resultaat (tabel 27)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk. De respons was 80%. Iets meer dan 20% van de organisaties lichtte volgens protocol de huisarts in als zij niet in staat waren de normale zorg te verlenen omdat het kind herhaaldelijk wegbleef.

Tabel 27 Standaard inlichten van de huisarts als de organisatie niet in staat is zorg te verlenen vanwege het herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100
Informatie niet beschikbaar	13	19,7
Respons (n)	53	80,3
<i>Beleid</i>		% van n
Huisarts wordt volgens protocol op de hoogte gesteld	11	20,8
Huisarts wordt niet op de hoogte gesteld	42	79,2

Beschouwing en conclusie

Het was in 1998 zeker geen algemeen gebruik bij thuiszorgorganisaties om standaard de huisarts in te lichten als aan een kind geen of onvoldoende zorg kon worden verleend, omdat het kind herhaaldelijk zonder bericht niet verscheen.

Op dit punt hadden zowel *Een Ongelijke Start* als het *Zwartboek* geen kritiek geuit. Het is zeer aannemelijk dat een aantal kinderen verstoken is gebleven van de preventieve zorg van het consultatiebureau. Om hoeveel kinderen het precies ging, was met het huidige onderzoek niet aan te tonen. Waarschijnlijk zijn die kinderen tussen wal en schip terecht gekomen. De vraag blijft wat er met deze kinderen zou gebeuren als de thuiszorgorganisaties de huisarts als regel wel zouden inlichten over het niet gebruik maken van de zorg van het consultatiebureau.

2.4 Organisatie

2.4.1 Inbedding van de ouder- en kindzorg in de organisatie (vraag 30)

Resultaat (tabel 28)

De respons was voldoende (80%). Tussen 1996 en 1998 bleek het percentage zelfstandige divisies OKZ te zijn gedaald van 85 naar 53. Nieuwe organisatievormen waren ontstaan waarbij de OKZ deel was gaan uitmaken van grotere divisies of sectoren, die uiteenlopend bleken samengesteld (tabel 28).

Tabel 28 Organisatorische inbedding van de OKZ binnen de thuiszorgorganisaties

	1996		1998	
	Abs	%	Abs	%
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Gegevens niet beschikbaar	9	13,2	13	19,7
Respons (n)	59	100,0	53	80,3
<i>Organisatorische inbedding van de OKZ</i>				
	% van n		% van n	
Zelfstandige divisie	50	84,7	28	52,8
Geen zelfstandige divisie, waarvan:				
OKZ + kraamzorg			11	20,7
OKZ + AMW + GV + VODA ('Divisie Consultatie en Begeleiding')			1	1,9
OKZ + kraam + GVO + VODA + algemene preventie ('Sector Preventie')			1	1,9
OKZ + GV + transmurale zorg + VODA ('Sector Diensten')			1	1,9
OKZ + curatieve zorg + AMW + GV ('Divisie Consultatie en Begeleiding')			1	1,9
OKZ + GVO + VODA ('Divisie Preventie')			2	3,8
OKZ + 4-19 jarigen ('Afdeling Jeugd van de Divisie Jeugd en GGZ van de GG&GD')			1	1,9
OKZ + kraamzorg + VODA			1	1,9
Niet gespecificeerd	9	15,3	6	11,3

OKZ = ouder- en kindzorg; AMW = algemeen maatschappelijk werk; GV = gezinsverzorging; VODA = voedingsvoorzichting en dieetadviesing; GGZ = geestelijke gezondheidszorg; GVO = gezondheidsvoorzichting en -opvoeding;

Beschouwing en conclusie

Nadat in de periode 1992 – 1996 divisievorming een grote vlucht had genomen (stijging van 20% naar 85%), deed zich tussen 1996 en 1998 een omgekeerde ontwikkeling voor (daling van 85% naar 53%). In toenemende mate was de OKZ weer onderdeel gaan uitmaken van grotere organisatorische eenheden binnen de thuiszorg, waarin ook andere diensten waren ondergebracht. Sommige van de organisatorische verbanden bleken duidelijk geïnspireerd door de 'status aparte producten' (OKZ + VODA + GVO). Bij andere combinaties was dit verband minder of helemaal niet duidelijk. Hoewel uit het huidige onderzoek niet kon worden afgeleid in hoeverre deze reorganisaties invloed hebben gehad op de kwantiteit en kwaliteit van de OKZ, wordt wel opgemerkt dat de divisievorming destijds op gang is gekomen om de OKZ onafhankelijker te maken van de overige thuiszorgproducten om daarmee de kwantiteit en de kwaliteit veiliger te stellen in een vaak ongelijke competitie met in het bijzonder de curatieve zorg.

2.4.2 Lidmaatschap van koepelorganisaties (vragen 31 t/m 33)

Resultaat (tabel 29 en tabel 30)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk. Vrijwel alle organisaties waren in 1998 lid van de Landelijke vereniging voor Thuiszorg (LVT). De GG&GD van Amsterdam was dat uiteraard niet, maar was lid van de koepelorganisatie voor de GGD's: de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD). Alle thuiszorginstellingen namen deel aan het Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg (LCOKZ).

Tabel 29 Lidmaatschap Landelijke Vereniging voor Thuiszorg c.q. Landelijke Vereniging voor GGD'en

	1998	
	Abs	%
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Gegevens niet beschikbaar	11	16,7
Respons (n)	55	83,3
<i>Lidmaatschap LVT (voor GG&GD Amsterdam LVGGD)</i>		
	% van n	
Wel lid	54	98,2
Geen lid	1	1,8

Tabel 30 *Lidmaatschap het Landelijk Centrum voor Ouder- en Kindzorg*

	1998	
	Abs	%
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Gegevens niet beschikbaar	11	16,7
Respons (n)	55	83,3
<i>Lidmaatschap LCOKZ</i>		% van n
Wel lid	55	100,0
Geen lid	0	

Beschouwing en conclusie

Eind 1995 had de LVT zich geheroriënteerd op haar taken, waarbij de inhoudelijke ondersteuning van de OKZ werd afgestoten. Ruim een jaar later nam het LCOKZ deze taak over. Door deelname van alle thuiszorgorganisaties in het LCOKZ werd de inhoudelijke landelijke coördinatie weer opgepakt. Het beoordelen van de kwantiteit en kwaliteit van de ondersteuning die door het LCOKZ werd geboden viel buiten de opdracht van het huidige onderzoek. Gezien de doelstellingen en de personele bezetting van het LCOKZ is het duidelijk dat het LCOKZ niet het alternatief kan zijn voor de sterk verminderde inhoudelijke ondersteuning op organisatieniveau (zie § 2.9.2).

2.5 Normering en productie

2.5.1 Normtijd voor een zuigelingenconsult door een arts in dienstverband (vraag 35)

Resultaat (tabel 31 en tabel 32)

De respons was met 76% voldoende. Verreweg de meeste organisaties hebben de normtijden niet gewijzigd tussen 1 januari 1996 en 1 juli 1998. Als tijden wel zijn gewijzigd, betrof het met uitzondering van één organisatie steeds een verhoging van de normtijd (tabel 31). De gemiddelde normtijd die op 1 juli 1998 werd gehanteerd was 12,97 minuten (tabel 32).

Tabel 31 Door thuiszorgorganisaties vastgestelde normtijden voor een zuigelingenconsult, uitgevoerd door consultatiebureauartsen in dienstverband, 1996 - 1998

		Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)		66	100,0
Informatie niet beschikbaar		16	24,2
Respons (n)		50	75,8

<i>Normtijd op 1-1-1996 t.o.v. de LVT-norm</i>	<i>Aangebrachte wijziging tussen 1996 en 1998</i>		<i>% van n</i>
Boven de norm	Verder verhoogd	0	
	Geen	4	8,0
	Verlaagd tot op de norm	0	
	Verlaagd tot onder de norm	0	
Op de norm	Verhoogd tot boven de norm	0	
	Geen	12	24,0
	Verlaagd tot onder de norm	0	
Onder de norm	Verhoogd tot boven de norm	0	
	Verhoogd tot op de norm	5	1,0
	Verhoogd, maar nog steeds onder de norm	3	6,0
	Geen	20	40,0
	Verder verlaagd onder de norm	1	2,0
Informatie niet beschikbaar	Onbekend, maar op 1-7-1998 boven de norm	1	2,0
	Onbekend, maar op 1-7-1998 op de norm	2	4,0
	Onbekend, maar op 1-7-1998 onder de norm	2	4,0

Tabel 32 Ontwikkeling van de normtijd voor een zuigelingenconsult door een arts in dienstverband, 1993 – 1998

	1993	1994	1995	1996	1998
Spreiding	7,5 – 17,5	7,5 – 17,5	7,5 – 17,5	7,5 – 16,8	8,5 – 21,6
Gemiddelde	11,44	12,26	12,94	12,64	12,97

Beschouwing en conclusie

De LVT hanteerde in 1998 een gemiddelde consultduur van 15 minuten, ongeacht of het consult door een arts of verpleegkundige wordt verleend. Deze normtijd was in 1995 vastgesteld (*Zorgpakket Ouder- en Kindzorg*).

De normtijden voor zuigelingenconsulten voor consultatiebureauartsen in dienstverband bleken in de periode 1993 – 1998 te zijn gestegen. De resultaten van het huidige onderzoek geven aan, dat met name in de periode 1996 – 1998 weinig verlagingen van de normtijden zijn doorgevoerd (2% van de organisaties). Het tegenovergestelde bleek vaker het geval: 7% van de respondenten had de normtijd verhoogd. Niettemin bleef de gemiddelde normtijd nog iets meer dan 2 minuten onder de normtijd van de LVT.

Deze bevindingen gaven geen ondersteuning aan de stelling in *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek* dat de door de thuiszorgorganisaties aan dienstverbandartsen ter beschikking gestelde tijd voor een zuigelingenconsult zou zijn teruggebracht.

2.5.2 Normtijd voor een zuigelingenconsult door OKZ-verpleegkundige (vraag 35)

Resultaat (tabel 33 en tabel 34)

De respons was met 77% voldoende. Evenals bij de normtijden voor de dienstverbandartsen het geval was, hadden de meeste organisaties de normtijden voor verpleegkundigen niet gewijzigd tussen 1 januari 1996 en 1 juli 1998. Als tijden wel waren gewijzigd, betrof het met uitzondering van één organisatie steeds een verhoging van de normtijd. De ontwikkeling van de gemiddelde normtijden voor OKZ-verpleegkundigen is weergegeven in tabel 34.

Tabel 33 Door thuiszorgorganisaties vastgestelde normtijden voor een zuigelingenconsult, uitgevoerd door OKZ-verpleegkundigen, 1996-1998

		Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)		66	100,0
Informatie niet beschikbaar		15	22,7
Respons (n)		51	77,3
<i>Normtijd op 1-1-1996 t.o.v. de LVT-norm</i>	<i>Aangebrachte wijziging tussen 1996 en 1998</i>		% van n
Boven de norm	Verder verhoogd	0	
	Geen	5	9,8
	Verlaagd tot op de norm	0	
	Verlaagd tot onder de norm	0	
Op de norm	Verhoogd tot boven de norm	0	
	Geen	18	35,3
	Verlaagd tot onder de norm	0	
Onder de norm	Verhoogd tot boven de norm	1	2,0
	Verhoogd tot op de norm	4	7,8
	Verhoogd, maar nog steeds onder de norm	2	3,9
	Geen	15	29,4
	Verder verlaagd onder de norm	1	2,0
Informatie niet beschikbaar	Onbekend, maar op 1-7-1998 boven de norm	1	2,0
	Onbekend, maar op 1-7-1998 op de norm	2	3,9
	Onbekend, maar op 1-7-1998 onder de norm	2	3,9

Tabel 34 Ontwikkeling van de normtijd voor een zuigelingenconsult door een OKZ-verpleegkundige, 1993 - 1998

	1993	1994	1995	1996	1998
Spreiding	7,5 - 17,5	7,5 - 17,5	7,5 - 17,5	7,5 - 17,4	8,5 - 21,8
Gemiddelde	12,51	13,09	13,61	13,26	13,80

Beschouwing en conclusie

Evenals de normtijden voor zuigelingenconsulten voor consultatiebureauartsen in dienstverband waren in de periode 1993 – 1998 de normtijden voor OKZ-verpleegkundigen gestegen. De resultaten van het huidige onderzoek geven aan, dat met name in de periode 1996 – 1998 weinig verlagingen van de normen waren doorgevoerd (2% van de organisaties). Het tegenovergestelde bleek het geval: 14% van de organisaties had de norm verhoogd. Maar ondanks dat bleef de gemiddelde normtijd in 1998 nog 1,2 minuten onder de door de LVT aanbevolen tijd van 15 minuten.

Geconcludeerd wordt dat deze bevindingen geen ondersteuning gaven aan de stellingen op dit punt in *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek*.

2.5.3 Normtijd voor een peuterconsult door een arts in dienstverband (vraag 36)

Resultaat (tabel 35 en tabel 36)

De respons (76%) was voldoende. Verreweg de meeste organisaties hadden de normtijden niet gewijzigd. Als normtijden wel waren gewijzigd, betrof het met uitzondering van twee organisaties steeds een verhoging van de normtijd. De gemiddelde normtijd die op 1 juli 1998 werd gehanteerd was 14,19 minuten (tabel 36) en bleef daarmee 0,81 minuut onder de door de LVT aanbevolen 15 minuten.

Beschouwing en conclusie

De normtijden voor peuterconsulten voor consultatiebureauartsen in dienstverband zijn in de periode 1993 – 1998 licht gestegen. De resultaten van het huidige onderzoek geven aan, dat in de periode 1996 – 1998 minder organisaties de norm hebben verlaagd (4%) dan hebben verhoogd (12%). Deze resultaten geven geen onderbouwing van de stellingen in *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek*, dat in 1997 de normering van de consulttijd door thuiszorgorganisaties op grote schaal zou zijn gereduceerd.

Tabel 35 Door thuiszorgorganisaties vastgestelde normtijden voor een peuterconsult, uitgevoerd door consultatiebureauartsen in dienstverband, 1996-1998

		Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)		66	100,0
Informatie niet beschikbaar		16	24,2
Respons (n)		50	75,8
<i>Normtijd op 1-1-1996 t.o.v. de LVT-norm</i>	<i>Aangebrachte wijziging tussen 1996 en 1998</i>		% van n
Boven de norm	Verder verhoogd	0	
	Geen	4	8,0
	Verlaagd tot op de norm	0	
	Verlaagd tot onder de norm	0	
Op de norm	Verhoogd tot boven de norm	1	2,0
	Geen	21	42,0
	Verlaagd tot onder de norm	1	2,0
Onder de norm	Verhoogd tot boven de norm	0	
	Verhoogd tot op de norm	4	8,0
	Verhoogd, maar nog steeds onder de norm	1	2,0
	Geen	13	26,0
	Verder verlaagd onder de norm	1	2,0
Informatie niet beschikbaar	Onbekend, maar op 1-7-1998boven de norm	1	2,0
	Onbekend, maar op 1-7-1998 op de norm	3	6,0
	Onbekend, maar op 1-7-1998onder de norm	1	2,0

Tabel 36 Ontwikkeling van de normtijd voor een peuterconsult door een arts in dienstverband, 1993 – 1998

	1993	1994	1995	1996	1998
Spreiding	10,0 – 16,2	10,0 – 17,0	10,0 – 18,0	10,0 – 18,0	10,0 – 23,0
Gemiddelde	13,64	13,98	14,49	13,93	14,19

2.5.4 Normtijd voor een peuterconsult door een OKZ-verpleegkundige (vraag 36)

Resultaat (tabel 37 en tabel 38)

De respons was 71%, dus onder de grens die als voldoende geldt. Evenals bij de normtijden voor de dienstverbandartsen het geval was, hebben verreweg de meeste respondenten de normtijden tussen 1 januari 1996 en 1 juli 1998 niet gewijzigd. Als dat wel het geval was, betrof het met uitzondering van één organisatie steeds een verhoging van de normtijd. De ontwikkeling van de gemiddelde normtijden voor OKZ-verpleegkundigen is weergegeven in tabel 38. De gemiddelde normtijd lag in 1998 1,2 minuut onder de normtijd van de LVT (15,0 minuten).

Tabel 37 Door thuiszorgorganisaties vastgestelde normtijden voor een peuterconsult, uitgevoerd door OKZ-verpleegkundigen, 1996-1998

		Abs	% van N
Aantal verstuurd vragenlijsten (N)		66	100,0
Informatie niet beschikbaar		19	28,8
Respons (n)		47	71,2
<i>Normtijd op 1-1-1996 t.o.v. de LVT-norm</i>	<i>Aangebrachte wijziging tussen 1996 en 1998</i>		<i>% van n</i>
Boven de norm	Verder verhoogd	0	
	Geen	6	12,8
	Verlaagd tot op de norm	0	
	Verlaagd tot onder de norm	0	
Op de norm	Verhoogd tot boven de norm	0	
	Geen	18	38,4
	Verlaagd tot onder de norm	1	2,1
Onder de norm	Verhoogd tot boven de norm	0	
	Verhoogd tot op de norm	4	8,5
	Verhoogd, maar nog steeds onder de norm	1	2,1
	Geen	12	25,5
	Verder verlaagd onder de norm	0	
Informatie niet beschikbaar	Onbekend, maar op 1-7-1998 boven de norm	1	2,1
	Onbekend, maar op 1-7-1998 op de norm	4	8,5
	Onbekend, maar op 1-7-1998 onder de norm	0	

Tabel 38 Ontwikkeling van de normtijd voor een peuterconsult door een OKZ-verpleegkundige, 1993 – 1998

	1993	1994	1995	1996	1998
Spreiding	10,0 – 20,0	10,0 – 20,00	10,0 – 20,0	10,0 – 18,0	8,5 – 21,8
Gemiddelde	14,33	14,53	14,69	13,39	13,80

Beschouwing en conclusie

De stijgende tendens van 1993 tot en met 1995 heeft zich daarna niet voortgezet. De resultaten van het huidige onderzoek geven echter aan, dat met name in de periode 1996 – 1998 minder verlagingen (2%) dan verhogingen (11%) van de normtijden waren doorgevoerd. In 1998 bleef de gemiddelde normtijd 1,2 minuut onder de normtijd van 15 minuten van de LVT.

Ook deze bevinding gaf geen ondersteuning aan de stelling dat normtijden op grote schaal zouden zijn gereduceerd.

2.5.5 In 1997 door consultatiebureauartsen in dienstverband gerealiseerde gemiddelde consultduur (vraag 37)

Resultaat (tabellen 39 tot en met 42)

In de vorige paragrafen ging het om het *aanbod op papier*. Voor alle duidelijkheid wordt erop gewezen dat in deze en in enkele volgende paragrafen de *gerealiseerde* consultduur worden besproken. Vergelijking van de cijfers van 1997 met die van voorgaande jaren liett zien, dat in de respons nu eens een stijging, dan weer een daling viel te constateren. Bij alle opgaven van de gerealiseerde consultduur bleef de respons in 1997 onder de 30% en bleef daarmee zeer ver verwijderd van het percentage dat als ondergrens voor 'voldoende' gold (75%). Overigens viel op dat bij de respondenten geen grote verschuivingen hadden plaatsgevonden, met uitzondering van de zuigelingenconsulten uitgevoerd door verpleegkundigen. Die hadden zich langzamerhand steeds meer in de richting van de LVT-norm ontwikkeld.

Tabel 39 Door consultatiebureauartsen in dienstverband gerealiseerde consulttijden voor zuigelingen, 1993 - 1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal organisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	63	58	51	47
Respons	9 (12,5%)	14 (19,4%)	17 (25,0%)	19 (28,8%)
Spreiding	9,86 – 16,20	10,53 – 19,50	9,80 – 22,35	10,00 – 19,20
Gemiddelde	13,36	14,16	15,07	14,87

1993- 1995: resultaten uit het Evaluatieonderzoek van 1996; 1997: resultaten van het huidige onderzoek

Tabel 40 Door OKZ-verpleegkundigen gerealiseerde consulttijden voor zuigelingen, 1993-1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal organisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	58	51	42	47
Respons (n)	14 (24,1%)	21 (29,2%)	26 (38,2%)	47 (28,8%)
Spreiding	11,00 – 29,00	10,70 – 29,00	9,80 – 28,54	10,0 – 23,90
Gemiddelde	18,06	16,36	17,10	15,81

1993- 1995: resultaten uit het Evaluatieonderzoek van 1996; 1997: resultaten van het huidige onderzoek

Tabel 41 Door consultatiebureauartsen in dienstverband gerealiseerde consulttijden voor peuters, 1993 - 1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal organisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	65	51	54	49
Respons (n)	7 (9,7%)	21 (29,2%)	14 (20,6%)	17 (25,8%)
Spreiding	12,00 – 18,00	10,70 – 29,00	13,80 – 21,06	14,30 – 21,55
Gemiddelde	15,82	16,36	16,89	17,09

1993- 1995: resultaten uit het Evaluatieonderzoek van 1996; 1997: resultaten van het huidige onderzoek

Tabel 42 Door OKZ-verpleegkundigen gerealiseerde consulttijden voor peuters, 1993-1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal organisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	51	53	45	49
Respons	21 (29,2%)	19 (26,4%)	23 (33,8%)	17 (25,8%)
Spreiding	13,81 – 22,54	12,00 – 21,00	13,80 – 24,00	14,97 – 24,00
Gemiddelde	17,29	16,30	17,16	16,97

1993- 1995: resultaten uit het Evaluatieonderzoek van 1996; 1997: resultaten van het huidige onderzoek

Beschouwing en conclusie

Nog geen 30% van de thuiszorgorganisaties kon eind 1998 cijfers leveren over de gerealiseerde consulttijden bij peuters. De resultaten van het huidige onderzoek hadden dus alleen betrekking op de respondenten en konden niet worden gegeneraliseerd.

Voor de respondenten gold dat met de in 1997 gerealiseerde consulttijden de door de organisatie toegekende normtijd werden overschreden. Dat gold zowel voor dienstverbandartsen als voor verpleegkundigen. Voor beide disciplines was deze overschrijding bij zuigelingen gemiddeld ongeveer 2 minuten en bij peuters gemiddeld ongeveer 3 minuten. Op één uitzondering na lagen alle gerealiseerde tijden bovendien boven de normtijd van de LVT (15 minuten).

Of wat betreft de realisatie van de consultduur de resultaten van het huidige onderzoek steun gaven aan de stelling in *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek* dat de gerealiseerde consultduur tussen 1996 en 1998 drastisch zou zijn teruggelopen, viel niet te zeggen. Deze conclusie zou even zacht zijn als de stelling zelf, omdat door de lage respons in beide gevallen generaliseerbare conclusies niet gerechtvaardigd zouden zijn.

De enige conclusie die wel getrokken kon worden is dat kennelijk de registratie dermate slecht plaats vond, dat aan het eind van 1998 minder dan 30% van de thuiszorgorganisaties in staat was gegevens te leveren over de gemiddelde gerealiseerde consultduur in 1997. Dit was des te opmerkelijker, omdat de gerealiseerde consultduur een belangrijk sturingselement is voor het bedrijfmatig beheer van de organisatie.

2.5.6 Beleid ten aanzien van registratie en uitbetaling bij overschrijding van de normtijd (vragen 38 t/m 40)

Resultaat (tabel 43 en tabel 44)

Vergelijking was niet mogelijk, omdat de betreffende vraag in 1996 niet was gesteld. De respons in 1998 was voldoende (83%). Minder dan een kwart van de thuiszorgorganisaties betaalden in 1998 overschrijdingen van de normtijd uit. Bijna 4% kende een vaste toeslag van 10% hiervoor toe. Ruim tweederde van de thuiszorgorganisaties betaalde overschrijding van de eigen normtijd niet uit. Bijna de helft van de organisaties zag in de overschrijding van de normtijd geen aanleiding deze naar boven bij te stellen en ruim 14% gaf aan overschrijding niet te registreren.

Tabel 43 Beleid ten aanzien van uitbetaling van artsen bij overschrijding van de eigen normtijd van de organisatie

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	11	16,7
Respons (n)	55	83,3
<i>Beleid</i>		% van n
Niet van toepassing (er vindt geen overschrijding plaats)	2	3,7
Wordt geregistreerd en uitbetaald	13	23,6
Wordt geregistreerd, maar niet uitbetaald	30	54,5
Wordt niet geregistreerd en niet uitbetaald	8	14,5
Er wordt een vaste toeslag van 10% uitbetaald voor overschrijding	2	3,7

Tabel 44 Beleid ten aanzien van bijstelling van de normtijd bij overschrijding daarvan

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	13	5,4
Respons (n)	53	92,8
<i>Beleid</i>		
Niet van toepassing (er vindt geen overschrijding plaats)	1	1,9
Wordt niet geregistreerd	8	15,1
Is naar boven bijgesteld	17	32,1
Is niet bijgesteld	27	50,9

Beschouwing en conclusie

De resultaten van het huidige onderzoek geven aan, dat de in 1998 door de thuiszorgorganisaties gehanteerde normtijden onder de normtijd van de LVT lagen (zie § 2.5.1 t/m § 2.5.4). Tegelijkertijd bleek dat de gerealiseerde consulttijden zonder uitzondering ruim boven de norm van de thuiszorgorganisaties lagen en zelfs iets boven de normtijd van 15 minuten die de LVT sinds 1995 hanteert (§ 2.5.5). Het registreren van gerealiseerde tijden gebeurde overigens weinig.

Geconcludeerd wordt dat de meeste artsen en verpleegkundigen in 1998 meer dan de toegemeten tijd nodig hadden om de vereiste zorg te verlenen. Velen van hen deden dat deels zonder honorering, omdat de meeste thuiszorgorganisaties overschrijding van de toegemeten tijd niet uitbetaalden.

2.5.7 Beleid ten aanzien van registratie en uitbetaling bij overschrijding van de normtijd (vragen 41 t/m 43)

Overschrijding bleek in de praktijk in 1998 bij dienstverbandartsen en verpleegkundigen niet voor te komen.

2.5.8 Wijze van uitvoering van de hielprik (vraag 44)

Resultaat (tabel 45)

De hielprik wordt uitgevoerd om bloed af te nemen voor het onderzoek op fenylketonurie (PKU) en congenitale hypothyroïdie (CHT).

In 1998 was de respons met 82% voldoende, maar lager dan in 1996 (87%). Uit de cijfers in tabel 45 blijkt dat in de uitvoeringspraktijk nauwelijks iets was veranderd. In 1996 was niet gevraagd naar een uitsplitsing in soorten huisbezoek tijdens welke de screening wordt uitgevoerd. Uit de gegevens over 1998 bleek, dat bijna drie kwart van de thuiszorgorganisaties, waar de hielprik door de OKZ wordt uitgevoerd, dit via een apart daartoe uitgevoerd huisbezoek lieten doen.

Tabel 45 *Wijze van uitvoering van de hielprik, 1996 en 1998*

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	12	18,2
Respons (n)	59	86,8	54	81,8
<i>Uitvoeringswijze</i>		% van n		% van n
Gebeurt niet door de eigen organisatie	16	27,1	16	29,6
Door de kraamzorg binnen de eigen thuiszorgorganisatie	0		8	14,8
Vanuit de OKZ	32	74,4		
Via huisbezoek met alleen hielprik als doel			22	40,8
Via algemeen kennismakingshuisbezoek			8	14,8
Uiteenlopende werkwijzen binnen het werkgebied	11	18,7		

Beschouwing en conclusie

Als de OKZ de hielprik uitvoerde, gebeurde dat in de meeste gevallen tijdens een speciaal daarvoor uitgevoerd huisbezoek en in mindere mate tijdens een huisbezoek dat ook voor andere zaken was bestemd, zoals kennismaking, introductie van het zorgaanbod en bepalen van de zorgbehoefte.

In hoeverre tussen 1996 en 1998 een verschuiving had plaats gevonden van een speciaal huisbezoek voor het uitvoeren van de hielprik naar een algemeen huisbezoek (hetgeen kostenbesparend zou zijn geweest) is niet aan te geven, omdat deze differentiatie niet in de vraagstelling van 1996 voorkwam.

2.5.9 Normering voor zuigelingenhuisbezoeken (vraag 45 t/m 47)*Resultaat (tabel 46)*

De repons was in 1998 slechts 47%. De respondenten hadden de normtijd door de jaren heen vrijwel niet gewijzigd, hetgeen ook door de desbetreffende 31 organisaties bij de beantwoording van de vragen 46 en 47 werd bevestigd.

Tabel 46 Normtijden (exclusief reistijd) voor de gemiddelde duur van een standaard zuigelingen huisbezoek, 1993 - 1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal organisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	31	24	11	35
Respons	41 (56,9%)	48 (66,7%)	57 (83,8%)	31 (47,0%)
Spreiding	42,0 – 90,0	42,0 – 90,0	40,0 – 90,0	45,0 – 75,0
Gemiddelde	54,6	54,7	54,7	55,9

Beschouwing en conclusie

De vraag doet zich voor hoe de opvallend lage respons ten opzichte van het evaluatieonderzoek van 1996 verklaard kan worden. Aangezien uit § 2.5.10 blijkt, dat het aantal gerealiseerde zuigelingenhuisbezoeken niet was teruggelopen, mogen de resultaten niet uitgelegd worden als een bewijs dat het aantal huisbezoeken was teruggelopen. Of de verklaring dan gezocht moet worden in het niet (meer) hanteren van normtijd voor een huisbezoek, kon niet met zekerheid worden gezegd. Wellicht was de lage respons wederom toe te schrijven aan een gebrekkige registratie.

Bij de respondenten lag de normtijd, evenals in 1996, ongeveer 10 minuten boven de door de LVT gestelde norm van 45 minuten, exclusief reistijd.

2.5.10 Gerealiseerde zuigelingen huisbezoeken (vragen 48 en 49)

Resultaat (tabel 47 en tabel 48)

De respons was 47% en daarmee te laag om algemene conclusies te trekken. Uit tabel 47 kan worden afgeleid, dat het gemiddeld aantal huisbezoeken in de periode 1993 – 1997 rond de 4.400 schommelde. De spreiding in het aantal op indicatie uitgevoerde huisbezoeken was groot. Uit berekening bleek dat het percentage in 1997 uitgevoerde huisbezoeken varieerde van 0 tot 108 (uitgedrukt als percentage van het aantal standaard uitgevoerde huisbezoeken). Het gemiddelde (32%) gaf in dit geval een vertekend beeld: de mediaan lag op 18%. De modus was 0% (6 organisaties). Deze waarden geven aan dat in ieder geval bij de helft van de organisaties het aantal op indicatie uitgevoerde huisbezoeken minder dan 18% van het aantal standaard huisbezoeken was.

Tabel 47 Aantal gerealiseerde huisbezoeken bij zuigelingen, 1993 – 1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	61	50	34	35
Respons (n)	11 (15,3%)	22 (30,6%)	34 (50,0%)	31 (47,0%)

Doel van het zuigelingenhuisbezoek

Uitsluitend uitvoering hielprik				
Aantal organisaties				18
Totaal aantal huisbezoeken				38.030
Gemiddeld aantal per organisatie				2.113
Standaard zuigelingen huisbezoek (al dan niet met hielprik)				
Aantal organisaties				31
Totaal aantal huisbezoeken				104.672
Gemiddeld aantal per organisatie				3.377
Zuigelingen huisbezoek op indicatie				
Aantal organisaties				19
Totaal aantal huisbezoeken				33.696
Gemiddeld aantal per organisatie				1.773
Standaard + indicatie huisbezoeken				
Aantal organisaties	11	22	34	31
Totaal aantal huisbezoeken	48.069	99.532	141.077	138.368
Gemiddeld aantal per organisatie	4.370	4.524	4.149	4.463

Beschouwing en conclusie

Uitgaande van de LVT-norm, dat bij elke zuigeling één standaard huisbezoek moet worden uitgevoerd en bij 10% van de doelpopulatie bovendien een huisbezoek op indicatie, konden voor 1997 $195.000 + 19.500 = 214.500$ zuigelingenhuisbezoeken worden verwacht bij een voorop gesteld bereik van 100%. Per thuiszorgorganisatie zou dit een gemiddeld aantal van 3.250 huisbezoeken hebben moeten opleveren. Evenals in 1996 en de jaren voordien bleek ook in 1997 de realisatie bij de respondenten hoger te liggen dan de door de LVT gestelde norm. Voor wat de respondenten betreft gaven deze resultaten geen ondersteuning aan de stelling in *Een Ongelijke Start*, dat het aantal zuigelingenhuisbezoeken drastisch zou zijn teruggelopen (tabel 48).

Tabel 48 Verloop van het aantal standaard en op indicatie uitgevoerde huisbezoeken bij zuigelingen, 1987 - 1997

1987	1991	1993	1994	1995	1997
500.000	434.500	253.400	262.500	244.700	294.400

Bronnen: Burgmeijer, 1993 (1987 en 1991); Baars & Spaan, z.j. (1993 en 1994); Burgmeijer 1997 (1995); Dit onderzoek (1997). Berekeningsmethode: onbekend (1987, 1993 en 1994); extrapolatie op basis van het gemiddelde, afgerond op honderdtallen (1991, 1995 en 1997).

2.5.11 Normering voor peuterhuisbezoeken (vragen 50 t/m 53)

Resultaat

In 1998 voerden slechts weinig thuiszorgorganisaties standaard huisbezoeken bij peuters uit. Dit was in de jaren voordien ook reeds het geval. Volgens de norm van de LVT zouden bij kinderen in deze leeftijdscategorie alleen huisbezoeken op indicatie nodig zijn.

De 7 organisaties die wel standaard een peuterhuisbezoek uitvoerden deden dat op de leeftijden van 16, 18 (vier organisaties), 20 of 24 maanden met een gemiddelde normtijd van 54 minuten (spreiding van 45 tot 60 minuten).

Beschouwing en conclusie

Ten aanzien van de normering van standaard peuterhuisbezoeken was geen verandering opgetreden tussen 1996 en 1998.

2.5.12 Gerealiseerde peuterhuisbezoeken (vragen 54 en 55)

Resultaat (tabel 49 en tabel 50)

In 1998 was de respons 32%, tegenover 43% in 1996. De resultaten waren niet generaliseerbaar. Het aantal gerealiseerde huisbezoeken bij peuters vertoonde in 1997 ten opzichte van voorgaande jaren een opvallende daling. Ten opzichte van 1993 was het aantal meer dan gehalveerd.

Tabel 49 Aantal gerealiseerde huisbezoeken bij peuters, 1993 – 1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	62	55	39	45
Respons (n)	10 (13,9%)	17 (23,6%)	29 (42,6%)	21 (31,8%)
<i>Standaard huisbezoek</i>				
Aantal organisaties				6
Totaal aantal huisbezoeken				5.892
Gemiddeld aantal per organisatie				982
<i>Huisbezoek op indicatie</i>				
Aantal organisaties				19
Totaal aantal huisbezoeken				26.882
Gemiddeld aantal per organisatie				1.415
<i>Huisbezoek (standaard en/of op indicatie)</i>				
Aantal organisaties	10	17	29	21
Totaal aantal huisbezoeken	32.792	51.079	74.216	32.808
Gemiddeld aantal per organisatie	3.279	3.005	2.559	1.562

Tabel 50 Verloop van het aantal standaard en op indicatie uitgevoerde huisbezoeken bij peuters, 1991 - 1997

1991	1993	1994	1995	1997
107.700	110.600	135.100	174.000	103.000

Bronnen: Burgmeijer, 1993 (1991); Baars & Spaan, z.j. (1993 en 1994); Burgmeijer 1997 (1995); Dit onderzoek (1997). Berekeningsmethode: onbekend (1987, 1993 en 1994); extrapolatie op basis van het gemiddelde, afgerond op honderdtallen (1991, 1995 en 1997).

Beschouwing en conclusie

Op basis van de LVT-norm zouden in 1997 bij de doelpopulatie peuters, bestaande uit drie jaarcohorten van ongeveer 190.000 kinderen, ongeveer 57.000 huisbezoeken op indicatie moeten zijn uitgevoerd. Dit aantal komt overeen met 10% van de doelpopulatie bij een ideaal bereikpercentage van 100%. Het bereikpercentage bij peuters was in de praktijk echter lager (zie § 2.3.1.3), waardoor het aantal werkelijk uitgevoerde huisbezoeken lager zou moeten uitvallen. Met 103.000 uitgevoerde huisbezoeken in 1997 werd, ondanks de forse daling ten opzichte van 1995, de LVT-norm nog steeds overschreden. Een deel van die overschrijding zou op een artefact kunnen berusten vanwege het feit dat de wat grotere instellingen licht oververtegenwoordigd waren.

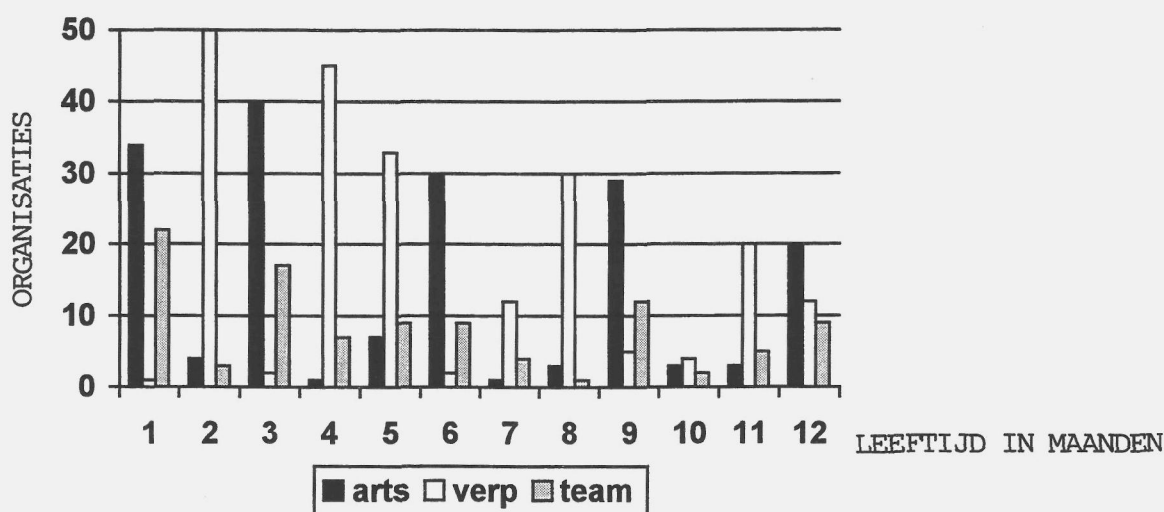
Hoewel de resultaten van het huidige onderzoek op zich ondersteuning boden aan de stelling in *Een Ongelijke Start*, dat het aantal peuterhuisbezoeken sterk zou zijn teruggelopen, moest rekening gehouden worden met de zeer lage respons (32%). Derhalve golden de gevonden resultaten alleen voor de respondenten. Het bezwaar van een lage respons (41%) en de mogelijk daaruit voortvloeiende selectie kleefde overigens ook aan het onderzoek waarop de stellingen in een *Een Ongelijke Start* waren gebaseerd.

2.5.13 Standaard oproepschema (vragen 56 t/m 59)

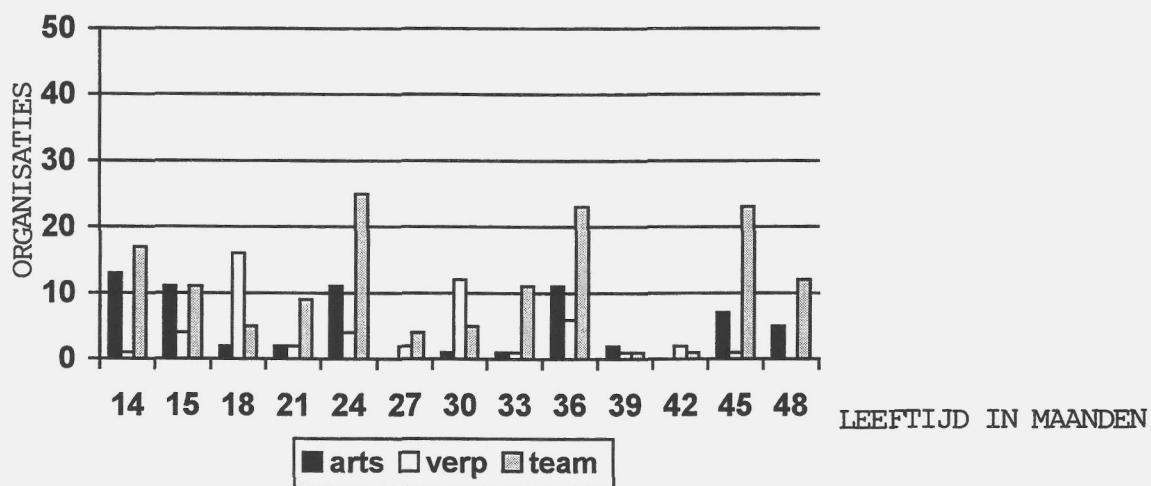
Resultaat (tabel 51 en 52, figuur 1 t/m 4)

Van de 66 organisaties was van 54 het oproepschema 1998 bekend (respons 82%). Door deze 54 organisaties werden in 1998 tezamen in totaal 759 contactmomenten gepland, waarvan 244 uitsluitend bij de consultatiebureauarts, 268 uitsluitend bij de OKZ-verpleegkundige en 247 bij beide in dezelfde zitting. Dit betekent dat in 1998 een zuigeling volgens planning van de organisaties gemiddeld 5,1 keer een consult bij een arts zou moeten zijn aangeboden en gemiddeld 5,9 keer een consult bij een verpleegkundige, in totaal gemiddeld 11 consulten. In 1996 lag het gemiddelde op 10,8.

Aan peuters werd in 1998 gemiddeld 4,0 keer een consult bij een arts aangeboden en 3,7 keer een consult bij een verpleegkundige, in totaal dus 7,7 consulten. In 1996 was het gemiddelde 7,5. De wijze waarop het consultaanbod over de leeftijdsperiode 0-48 maanden was verdeeld, is weergegeven in figuur 1 en figuur 2.



Figuur 1. Planning door 54 thuiszorgorganisaties van de consulten voor zuigelingen (0 – 12 maanden) in 1998. Arts = uitsluitend bij arts; verp = uitsluitend bij verpleegkundige; team = zowel bij arts als bij verpleegkundige (tegelijktijdig of achtereenvolgend in dezelfde CB-sessie).



Figuur 2. Planning door 54 thuiszorgorganisaties van de consulten voor peuters (12 – 48 maanden) in 1998. Arts = uitsluitend bij arts; verp = uitsluitend bij verpleegkundige; team = zowel bij arts als bij verpleegkundige (tegelijktijdig of achtereenvolgend in dezelfde CB-sessie).

In tabel 51 en tabel 52 zijn de veranderingen in het aantal consulten weergegeven, die zich tussen 1996 en 1998 volgens de respondenten hadden voorgedaan in respectievelijk het oproepschema voor zuigelingen en dat voor peuters. De respons op de desbetreffende vraag was zeer laag (33%). De resultaten waren daardoor niet generaliseerbaar. Voor de 22 respondenten gold dat zowel bij de zuigelingen als bij de peuters bij ongeveer de helft van de organisaties het aantal consulten was gereduceerd.

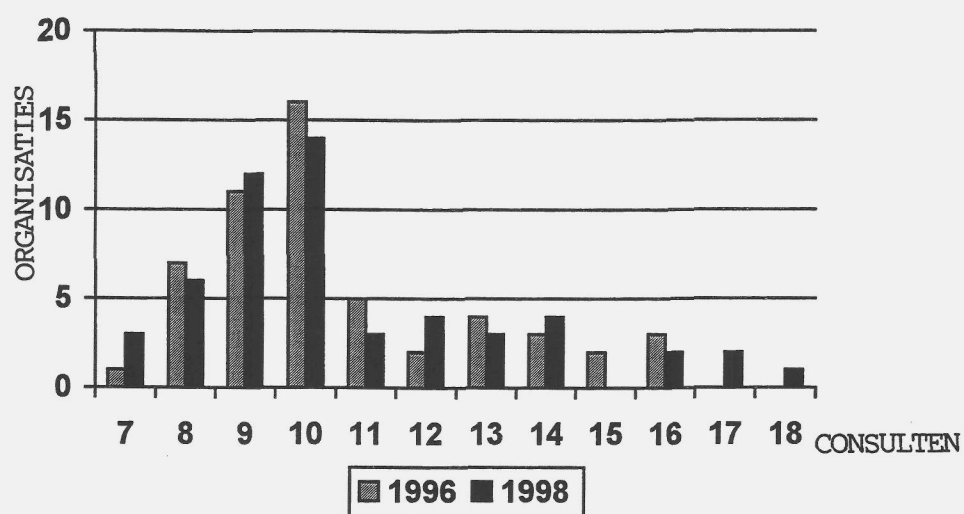
Tabel 51 Veranderingen in het zuigelingen oproepschema die zich tussen 1996 en 1998 hebben voorgedaan

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	44	66,7
Respons (n)	22	33,3
<i>Verandering</i>		
Aantal consulten is toegenomen	0	—
Aantal consulten is gelijk gebleven	10	—
Aantal consulten is afgenomen	12	—

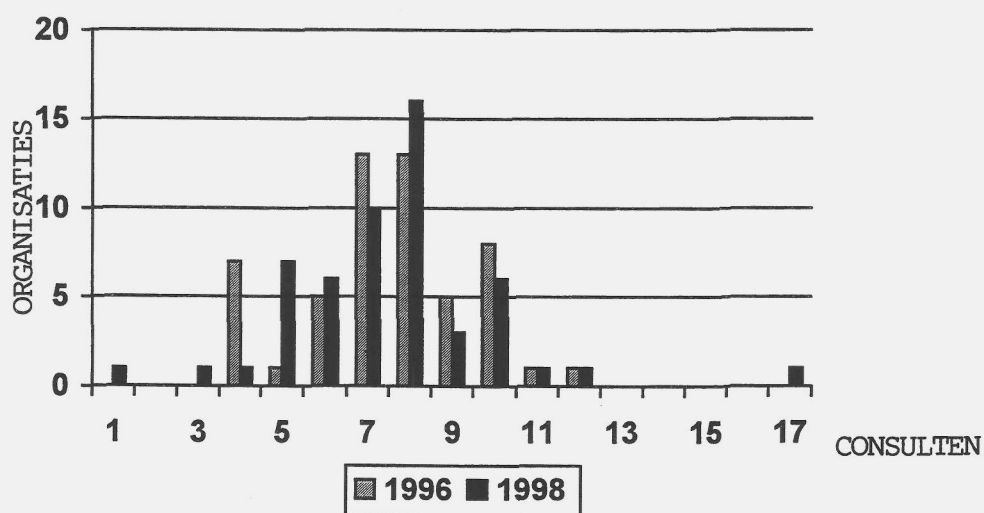
Tabel 52 Veranderingen in het peuter oproepschema die zich tussen 1996 en 1998 hebben voorgedaan

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar / geen antwoord	44	66,7
Respons (n)	22	33,3
<i>Verandering</i>		
Aantal consulten is toegenomen	5	—
Aantal consulten is gelijk gebleven	7	—
Aantal consulten is afgenomen	10	—

In figuur 3 is weergegeven hoeveel organisaties welk aantal consulten aanbood in 1996. Figuur 4 geeft hetzelfde weer voor 1998.



Figuur 3. Aantal zuigelingenconsulten dat door thuiszorgorganisaties standaard wordt aangeboden. Vergelijking tussen het aanbod per 1-1-1996 (n = 54; respons 79%) en 1-7-1998 (n = 22; respons 33%)



Figuur 4. Aantal peuterconsulten dat door thuiszorgorganisaties standaard wordt aangeboden. Vergelijking tussen het aanbod per 1-1-1996 (n = 54; respons 79%) en 1-7-1998 (n = 22; respons 33%).

Beschouwing en conclusie

Door de bijzonder lage respons in 1998 (33%) was het niet mogelijk algemeen geldende uitspraken te doen. In 1996 was dat met een respons van 79% wel mogelijk. In 1998 gold voor de 22 respondenten gold dat zowel bij de artsen als bij de verpleegkundigen de geplande consultfrequentie licht was toegenomen. Het merkwaardige feit deed zich voor dat deze toename door de helft van de respondenten werd ontkend in antwoord op de vraag of het aantal consulten was toe- of afgenomen.

Ook bij deze vraag moest de conclusie worden getrokken, dat door de lage respons de resultaten van het huidige onderzoek geen onderbouwing konden geven aan de stelling dat het aantal consulten zou zijn verminderd. Vice versa was het ontkrachten van die stelling ook niet mogelijk. Om dezelfde reden waren de stellingen uit *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek* overigens ook niet algemeen geldend. Met andere woorden: de werkelijke situatie was onbekend en blijft onbekend.

2.5.14 Gerealiseerde consulten voor zuigelingen (vraag 60)

Resultaat (tabel 53)

Slechts 10% van de thuiszorgorganisaties (rond de 10%) was in staat een uitsplitsing te maken naar consulten door artsen en door verpleegkundigen. Vierentwintig organisaties (respons 36%) konden het totaal aantal zuigelingenconsulten opgeven (tabel 53). Ook in voorgaande jaren was de respons laag. Van landelijke representativiteit kon dan ook geen sprake zijn. De gepresenteerde cijfers hebben niet meer dan een illustratief karakter.

Tabel 53 Gerealiseerde consulten voor zuigelingen (standaard en op indicatie), artsen en verpleegkundigen tezamen, 1993 – 1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	47	37	30	42
Respons (n)	25 (34,7%)	35 (48,6%)	38 (55,9%)	24 (36,4%)
Totaal aantal consulten	802.625	1.062.505	1.223.739	665.680
Gemiddeld aantal consulten per organisatie	32.106	30.357	32.204	27.736

Beschouwing en conclusie

Uitgaande van de LVT-norm van 10 tot 13 consulten in de zuigelingenperiode + 10% opslag voor risicokinderen hadden op 190.000 zuigelingen in zorg bij een ideaal bereik van 100% in totaal tussen 2.090.000 en 2.717.000 consulten verwacht kunnen worden. Dat kwam overeen met 31.700 tot 41.200 consulten gemiddeld per organisatie.

Voor de 24 respondenten gold dat zij met een gemiddeld aantal consulten van 27.700 onder de ondergrens van die verwachting waren gebleven. Voor deze organisaties kon de conclusie worden getrokken dat zij tussen 1996 en 1998 weliswaar het aanbod aan zuigelingen op papier hadden gehandhaafd, maar dat zij in de praktijk de norm van de LVT niet hadden gerealiseerd. Vanwege de lage respons was niet te zeggen of deze bevinding de stellingen dienaangaande in zowel *Een Ongelijke Start* als het *Zwartboek* zou kunnen onderbouwen of juist ontkrachten.

2.5.15 Gerealiseerde consulten voor peuters (vraag 61)

Resultaat (tabel 54)

Slechts 10% van de thuiszorgorganisaties was in staat een uitsplitsing te maken naar consulten door artsen en door verpleegkundigen. Tweeëntwintig organisaties (respons 33%) konden het totaal aantal peuterconsulten opgeven (tabel 54). Ook in voorgaande jaren was de respons laag. Van landelijke representativiteit kon dan ook geen sprake zijn. De gepresenteerde cijfers hebben niet meer dan een illustratief karakter.

Tabel 54 Gerealiseerde consulten voor peuters, artsen en verpleegkundigen tezamen, 1993 - 1997

	1993	1994	1995	1997
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	72	72	68	66
Informatie niet beschikbaar	48	40	32	44
Respons (n)	24 (33,3%)	32 (44,4%)	36 (75,9%)	22 (33,3%)
Totaal aantal consulten	302.242	425.282	553.980	407.107
Gemiddeld aantal consulten per organisatie	12.593	13.290	15.388	18.504

Beschouwing en conclusie

Uitgaande van de LVT-norm van 8 tot 9 consulten in de peuterperiode + 10% opslag voor risicokinderen konden op basis van drie jaarcohorten van 190.000 peuters bij een ideaal bereik van 100% tussen 4.606.000 en 5.181.300 peuterconsulten verwacht worden. Dit kwam overeen met een gemiddeld aantal consulten per organisatie van 69.800 tot 78.500.

Voor de 22 respondenten gold dat zij tussen 1996 en 1998 het aanbod aan peuters niet alleen op papier hadden gehandhaafd, maar met een stijging van 15.400 naar 18.500 peuterconsulten de realisatie iets dichterbij de norm hebben gebracht. Niettemin bleef hun realisatie ver onder de norm, een fenomeen dat reeds ook in de jaren voordien bestond.

Ook nu liet de lage respons veralgemenisering van de conclusies niet toe. Daarmee gaven de resultaten noch steun aan de stelling uit *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek* aangaande de terugloop van het aantal consulten en konden zij evenmin de stelling ontkrachten. De stelling zelf was overigens ook niet algemeen geldend. Ook op dit punt bleef de werkelijke situatie door gebrekkige registratie onduidelijk.

2.6 Toegankelijkheid

2.6.1 Aantal locaties waar OKZ wordt uitgevoerd (vraag 62) en afstoten van locaties (vragen 63 t/m 65 en vraag 72)

Resultaat (tabel 55 t/m tabel 58)

Vergelijking tussen de aantallen locaties die in 1996 en 1998 voor OKZ in gebruik waren was goed mogelijk, omdat de respons in beide jaren voldoende was (respectievelijk 87% en 83%). Het gemiddelde aantal locaties dat per organisatie voor OKZ- activiteiten op 1 juli 1998 werd gebruikt was met 3,1 afgenomen (tabel 55). Geëxtrapoleerd naar heel Nederland betekent dit dat het aantal locaties zou zijn teruggelopen van 1.910 in 1996 naar 1.550 in 1998, een vermindering met 19%.

Gezien bovenstaande was het merkwaardig dat de respons op de vraag of de organisatie locaties had afgestoten zowel in 1996 als in 1998 onder de grens van voldoende (respectievelijk 69% en 65%) bleef. In de periode 1 januari 1996 tot 1 juli 1998 had het merendeel van de respondenten locaties afgestoten. Dit proces was in 1994 al in volle gang (tabel 56). In de periode 1996 – 1998 werden door de respondenten meer locaties afgestoten dan in de periode daaraan voorafgaand.

De redenen die men noemde voor het afstoten van locaties staan vermeld in tabel 57. Non-rendabiliteit bleek voor verreweg de meeste organisaties de doorslaggevende reden om tot afstoting over te gaan. Andere redenen waren van minder belang.

Vierendertig van de 56 respondenten (61%) waren van plan om in de periode 1-7-1998 tot 31-12-1999 locaties af te stoten. Bij een deel stond het aantal locaties ten tijde van de ondervraging al vast (tabel 58).

Tabel 55 Aantal locaties dat thuiszorgorganisaties in gebruik hadden voor de uitvoering van OKZ-activiteiten, 1996 en 1998

	1-1-96	1-7-98
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	66
Informatie niet beschikbaar	9	11
Respons (n)	59 (86,8%)	55 (83,3%)
Aantal locaties (totaal)	1.572	1.293
Spreiding	8 - 81	5 - 80
Gemiddeld aantal locaties per organisatie	26,6	23,5
Mediaan	21	19

Tabel 56 Aantal thuiszorgorganisaties dat locaties heeft afgestoten en de periode waarin dat is gebeurd, 1994 - 1998

	1-1-1994 tot 31-12-1995	1-1-1996 tot 1-7-1998
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	66
Informatie niet beschikbaar	21	23
Respons (n)	47 (69,1%)	43 (65,2%)
Aantal afgestoten locaties	179	212
Spreiding	1-19	1-29
Gemiddelde	3,8	4,9
Mediaan	-	2,5

Tabel 57 Belangrijkste reden waarom thuiszorgorganisaties tussen 1-1-1996 en 1-7-1998 locaties hebben afgestoten

	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	10	15,2
Respons (n)	56	84,8
<i>Reden voor afstoten</i>		
		% van n
Niet van toepassing (geen locaties afgestoten)	13	23,2
Te hoge lasten in verhouding tot het gebruik	35	81,4
Accommodatie voldoet niet aan kwaliteitsnorm	5	11,6
Huurcontract werd door eigenaar opgezegd	2	4,7
Wijziging bestemmingsplan	1	2,3

Tabel 58 Voornemen tot afstoten van locaties in de periode 1-7-1998 tot 31-12-1999

	Aantal bekend	Aantal nog onbekend	Geen afstoting	Geen informatie
Aantal organisaties	20	14	15	7
Aantal af te stoten locaties	69			
Spreiding	1 - 33			
Gemiddelde	3,4			

Beschouwing en conclusie

Het proces van afstoten van locaties, veelal vanwege niet renderen daarvan, was in 1994 begonnen en zette zich in de periode 1996 – 1998 in heviger mate voort. Uit de voornemens van de organisaties tot eind 1999 kon afgeleid worden, dat het afstotingsproces in dat jaar nog zou doorgaan, zij het op kleinere schaal.

De resultaten van het huidige onderzoek bevestigden de stellingen in *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek* dat het aantal locaties op ruime schaal was gereduceerd. Na realisatie van de voornemens zou eind 1999 een reductie van niet minder dan 384 locaties zijn bereikt. Dat zou betekenen dat tussen 1-1-1996 en 31-12-1999 ruim één op de vijf locaties zou zijn afgestoten.

2.6.2 Vervangende voorzieningen voor afgestoten locaties (vragen 66 t/m 68)

Resultaat (tabel 59)

De respons was in 1996 en in 1998 voldoende. Zowel in 1996 als in 1998 hadden thuiszorgorganisaties veelal een vervoersregeling naar het dichtstbijzijnde consultatiebureau aangeboden als alternatief voor de afgestoten locaties. In 1996 betrof dat 36% en in 1998 42% van de organisaties die locaties hadden afgestoten. In 1998 was bovendien gevraagd voor wiens rekening de kosten kwamen. Bij 7 van de 18 organisaties bleken dat de ouders te zijn. Het mobiele consultatiebureau had als alternatief voor afgestoten locaties geen grote vlucht genomen.

Tabel 59 Toegepaste vervangende voorzieningen voor afgestoten OKZ -locaties

	1996		1998	
	Abs	%	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	10	15,2
Respons (n)	59	86,8	56	84,8
<i>Vervangende voorzieningen</i>				
Niet van toepassing (geen locaties afgestoten)	15	25,4	13	23,2
Inzetten van een mobiel consultatiebureau	3	6,8	4	9,3
Regelen van vervoer naar nabijgelegen CB	16	36,4		41,9
waarvan voor rekening van de organisatie			11	
waarvan voor rekening van de cliënt			7	
Regeling getroffen met de huisarts			1	
Geen maatregelen getroffen	25	56,8	20	46,5

Beschouwing en conclusie

Thuiszorgorganisaties hadden in 1996 in 57% en in 1998 in 47% van de gevallen geen vervangende voorzieningen getroffen voor afgestoten locaties. Wanneer dat wel was gebeurd, betrof het meestal een vervoersregeling, in 7 van de 18 gevallen op kosten van de cliënt. De resultaten van het huidige onderzoek lieten niet toe de vraag te beantwoorden of met het afstoten van locaties nog steeds verantwoorde zorg wordt geleverd.

2.6.3 Registratie van bereik na afstoten van locaties (vragen 69 t/m 71)

Resultaat (tabel 60)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk. In 1998 was de respons 85%. Tabel 60 laat zien dat 70% van de organisaties die locaties hadden afgestoten het bereik niet hadden gevolgd. Van de 13 organisaties die dat wel hadden gedaan, meldden 11 dat het sluiten van locaties zowel bij de zuigelingen als bij de peuters geen daling van het bereik tot gevolg had gehad. De overige twee meldden dat wel een daling was opgetreden.

Tabel 60 Volgen van het bereik na afstoten van OKZ- locaties

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	10	15,2
Respons	56	84,8
<i>Volgen van bereik</i>		
Niet van toepassing (geen locaties afgestoten)	13	
Wel locaties afgestoten (n) , waarvan:	43	% van n
Bereik wel gevolgd	13	30,2
Bereik niet gevolgd	30	69,8

Beschouwing en conclusie

Nog niet één op de drie organisaties die tussen 1 januari 1996 en 1 juli 1998 locaties hadden afgestoten, had het bereik gevolgd. Tweederde had dus geen inzicht verkregen in eventuele effecten op het bereik.

Reeds eerder (§ 2.3.1) werd in dit rapport de aandacht gevestigd op het niet eenduidig hanteren van het begrip 'bereik'. Het zou voor organisaties die 'bereik' gelijk stellen aan 'ingeschreven zijn' overbodig kunnen lijken om bereikcijfers te volgen in speciale situaties, zoals na het afstoten van locaties. Bij de organisaties die wel het bereik hadden gevolgd gaven de resultaten geen aanleiding te concluderen dat het afstoten van locaties geleid heeft tot aanmerkelijk teruglopen van het bereik. Het geringe aantal liett echter niet toe deze bevinding te veralgemeniseren.

Geconcludeerd wordt dan ook dat thuiszorgorganisaties veelal geen inzicht hadden in het verloop van het bereik na afstoten van OKZ-locaties.

2.6.4 Criteria die thuiszorgorganisaties hanteren voor de fysieke bereikbaarheid van locaties (vragen 73 en 74)

Resultaat (tabel 62)

De respons in 1998 was 65%, tegenover 87% in 1996. In tegenstelling tot in 1996 werd in 1998 in de antwoordcategorie 'anders' als criterium genoemd dat de exploitatiekosten in een redelijke verhouding moesten staan tot het aantal cliënten dat van de desbetreffende locatie gebruik zou moeten maken.

De respondenten hanteerden in 1996 gemiddeld 6,55 km als criterium voor de fysieke bereikbaarheid. In 1998 was de gemiddelde afstand tot het consultatiebureau 7,00 km. Driekwart van 44 respondenten meldde dat de criteria sinds 1996 niet waren veranderd. Elf meldde dat cliënten zich in 1998 meer inspanningen moesten getroosten om van de OKZ gebruik te maken dan in 1996 het geval was.

Beschouwing en conclusie

Het gegeven dat rendabiliteit een rol is gaan spelen bij de afweging of een locatie wordt gevestigd, c.q. wordt opgeheven en de bevinding van het huidige onderzoek dat de gemiddelde afstand tot het consultatiebureau in 1998 groter was dan in 1996, zouden erop kunnen wijzen dat tussen 1996 en 1998 consultatiebureaus slechter bereikbaar waren geworden. Elf organisaties hebben dat ook expliciet aangegeven. Of daarmee een kritische grens werd overschreden, waardoor de kwaliteit van de zorgverlening onverantwoord laag zou zijn geworden, viel uit deze gegevens niet op te maken. Bovendien was de respons te laag voor het trekken van algemene conclusies.

Het is niet ondenkbaar dat juist de meest afgelegen en de oudste locaties het minst rendabel waren en het eerste zijn afgestoten. In dat geval zou de toegang tot de zorg voor de meest geïsoleerde cliënten zijn bemoeilijkt door het verhogen van een fysieke en daarmee ook een financiële drempel.

Tabel 61 Criteria die thuiszorgorganisaties in 1996 en 1998 hanteerden voor de bereikbaarheid van consultatiebureaus

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	23	34,8
Respons (n)	59	86,8	43	65,2
Criterium	% van n		% van n	
Reistijd te voet				
< 15 minuten	1	1,7		
< 20 minuten	1	1,7	1	2,3
< 30 minuten	1	1,7	1	2,3
Afstand				
< 1 km			1	2,3
< 2 km				
< 3 km	1	1,7	1	2,3
< 4 km	1	1,7	1	2,3
< 5 km	4	6,7	7	16,3
< 6 km	4	6,7	1	2,3
< 7 km	3	5,1	3	7,0
< 8 km	2	3,4	4	9,3
< 9 km				
< 10 km	3	5,1	5	11,7
< 15 km			1	2,3
'Redelijk inspanningsniveau'*)	33	55,9	10	23,3
Bereikbaar met openbaar vervoer			1	2,3
Binnen redelijke verhouding kosten / aantal cliënten			6	14,0
Er wordt geen criterium voor bereikbaarheid gehanteerd	5	8,6	0	0,0

*) Moeite en kosten komen overeen met bereikbaarheid van eerste levensbehoeften in betreffende wijk, zoals winkels en scholen.

2.6.5 Telefonische bereikbaarheid (vragen 75 t/m 77)

Resultaat (tabel 62)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk, omdat toen niet naar de actuele situatie van de telefonische bereikbaarheid was gevraagd, maar naar de relatieve verandering ten opzichte van de periode daarvoor.

De respons in 1998 was voldoende (85%). Van de 56 respondenten hielden 54 organisaties (96%) een telefonische informatielijn in stand. Twee organisaties beschikten daar niet over. Bij 20 organisaties betrof het een specifieke OKZ-informatielijn en bij de andere 34 ging het om een algemeen informatienummer, waar men ook voor andere vragen terecht kon. De dagen en tijden waarop deze informatielijnen voor het publiek beschikbaar waren, staan vermeld in tabel 62.

Tabel 62 Telefonische bereikbaarheid in 1998 van thuiszorgorganisaties voor vragen over OKZ

	Abs	% van N				
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0				
Informatie niet beschikbaar	10	15,2				
Respons (n)	56	84,8				
Telefonische bereikbaarheid	Abs	% van n				
Niet van toepassing (geen informatielijn)	2	3,6				
Geen openstellingtijden opgegeven	3	5,4				
			Uitsluitend OKZ		Algemeen , w.o. OKZ	
			Abs	% van n	Abs	% van n
Maandag t/m vrijdag, tijdens kantooruren			11	21,6	5	9,8
Maandag t/m vrijdag, tijdens kantoor- en avonduren + op zaterdag, zondag en feestdagen 24 uur			0		1	2,0
365 dagen per jaar, tijdens kantoor- en avonduren			0		3	5,9
365 dagen per jaar, 24 / 24 uur			6	11,8	25	49,0

Beschouwing en conclusie

De resultaten geven aan, dat in 1998 vrijwel alle thuiszorgorganisaties een mogelijkheid hadden gecreëerd voor het stellen van telefonische vragen over OKZ. Deze informatienummers waren zonder uitzondering op werkdagen tijdens kantooruren te bellen. Daar waar een algemeen informatienummer beschikbaar was, was de bereikbaarheid uitgebreider.

Een onderzoek naar de kwaliteit van de bereikbaarheid (bijvoorbeeld de tijd die de beller in de wachtrij moet wachten alvorens zijn vraag te kunnen stellen) en over de kwaliteit van de beantwoording van de vragen, viel buiten het kader van het huidige onderzoek.

2.6.6 Beleid met betrekking tot de toegangsbijdrage thuiszorg (vragen 78 t/m 80)*Resultaat (tabel 63)*

Weliswaar was de respons in beide jaren meer dan 75%, maar in 1998 was deze bijna 10% lager dan in 1996. In 1996 werd na het uitblijven van betaling van de toegangsbijdrage door 9% van de thuiszorgorganisaties de zorgverlening gestaakt, met uitzondering van de hielprik en het Rijksvaccinatieprogramma. In 1998 was dit percentage bijna verdubbeld. Geen van de organisaties die zei individuele criteria te hanteren, hadden deze toegelicht. Twaalf organisaties gaven aan dat het beleid was aangescherpt en drie dat het was versoepeld. Eenenvoertig organisaties vonden dat het beleid niet was veranderd.

Tabel 63 Beleid ten aanzien van verlenen van zorg na uitblijven van betaling van de wettelijk verplichte toegangsbijdrage c.q. eigen bijdrage / contributie

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	15	22,7
Respons (n)	59	86,8	51	77,3
<i>Beleid</i>	% van n		% van n	
Geen beleid vastgesteld (wordt aan CB-team overgelaten)	9	15,3	12	23,5
Gedooogbeleid (hulp wordt volledig verleend)	37	62,8	25	49,0
Individueel beleid volgens bepaalde criteria	8	13,4	5	9,8
Stoppen van zorgverlening m.u.v. PKU/CHT en RVP	5	8,5	9	17,6
Stoppen van alle zorgverlening	0		0	

Beschouwing en conclusie

Tussen 1996 en 1998 had een aantal thuiszorgorganisaties het beleid ten aanzien van het niet betalen van wettelijke bijdragen aangescherpt. In 1996 staakte 9% de zorgverlening, in 1998 betrof het bijna 18% van de organisaties. Het ging daarbij om officieel vastgelegd beleid. Als daaraan ook uitvoering aan was gegeven, zouden de resultaten van het huidige onderzoek ondersteuning hebben gegeven aan de stelling in *Een Ongelijke Start* en het *Zwartboek*, dat aan kinderen geen zorg meer is verleend op grond van het niet betalen van de toegangsbijdrage. Opgemerkt wordt echter, dat bij de beantwoording van de vragen over de redenen van niet (meer) in zorg zijn van een kind het niet betalen van de toegangsbijdrage slechts één maal als reden is genoemd (zie tabel 24 en tabel 25). Dit zou erop kunnen wijzen dat het beleid op papier weliswaar was aangescherpt, maar in de praktijk niet stringent werd nageleefd.

De kwestie van het staken van zorgverlening wegens het niet betalen van toegangsbijdrage is inmiddels niet meer actueel, omdat de toegangsbijdrage per 1 januari 1999 is komen te vervallen.

2.7 OKZ-beleid

2.7.1 Beleids- en jaarplannen OKZ (vragen 81 t/m 84)

Resultaat (tabel 64 t/m tabel 67)

De respons was 85%. Verreweg de meeste thuiszorgorganisaties hadden in 1998 een beleidplan OKZ vastgesteld (tabel 64). Van de organisaties die op 1 juli 1998 over een beleidplan beschikten, had bijna 80% dit na 1 januari 1996 voor het laatst vastgesteld (tabel 65). Het niveau waarop de beleidsplannen werden vastgesteld was tussen 1996 en 1998 gewijzigd (tabel 66). In 1998 baseerden meer organisaties hun jaarplan op het beleidsplan dan in 1996 (tabel 67).

Tabel 64 Beleidsplannen Ouder- en kindzorg

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	10	15,2
Respons (n)	59	86,8	56	84,8
<i>Vaststelling beleidsplan</i>	% van n		% van n	
Vastgesteld	47	79,7	49	87,5
Niet vastgesteld (is wel in voorbereiding)	12	20,3	6	10,7
Niet vastgesteld (ook niet in voorbereiding)	0		1	1,8

Tabel 65 Periode waarin het beleidsplan OKZ werd vastgesteld of laatstelijk werd gewijzigd

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	59	100,0	56	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	11	16,7
Respons (n)	59	86,8	55	83,3
<i>Periode</i>	% van n		% van n	
Niet van toepassing (geen beleidsplan vastgesteld)	12	20,3	7	12,7
Vóór 1-1-1990	2	3,4	0	
Tussen 1-1-1990 en 31-12-1993	6	10,2	2	3,6
Tussen 1-1-1994 en 31-12-1995	29	49,2	11	20,0
Tussen 1-1-1996 en 1-7-1998	10	16,9	35	63,7

Tabel 66 Niveau waarop het beleidsplan OKZ laatstelijk is vastgesteld

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	11	16,2	10	15,2
Respons (n)	57	83,8	56	84,8
<i>Niveau</i>	% van n		% van n	
Niet van toepassing (geen beleidsplan vastgesteld)	12	21,1	7	12,5
Bestuur	10	17,5	4	7,1
Directie	28	49,1	39	69,7
Management van de divisie OKZ	7	12,3	6	10,7

Tabel 67 Aantal organisaties dat op basis van het beleidsplan jaarplannen maakt

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	10	15,2
Respons (n)	59	86,8	56	84,8
<i>Beschikbaarheid van jaarplannen OKZ</i>	% van n		% van n	
Niet van toepassing (geen beleidsplan vastgesteld)	12	20,3	7	12,5
Niet beschikbaar	1	1,7	1	1,8
Wel beschikbaar	46	78,0	48	85,7

Beschouwing en conclusie

Tussen 1996 en 1998 had een aantal thuiszorgorganisaties hun eerder voornemen een beleidsplan OKZ vast te stellen uitgevoerd. Uit het huidige onderzoek bleek ook dat veel organisaties hun beleidsplan binnen anderhalf jaar voorafgaand aan het onderzoek hadden gewijzigd. Het percentage organisaties dat een op het beleidsplan gebaseerd jaarplan had gemaakt was in 1998 hoger dan in 1996.

Geconcludeerd wordt dat thuiszorgorganisaties bijna zonder uitzondering het OKZ-beleid hadden vastgelegd in beleidsnotities en dit beleid hadden vertaald naar jaarplannen. Weliswaar was in 1998 het OKZ vaker officieel vastgesteld dan in 1996, maar het niveau waarop dat gebeurde was opvallend verschoven van het bestuurlijk niveau naar directieniveau. De vraag rijst of het delegeren van deze bevoegdheden uitgelegd moet worden als een verzwakking van de strategische positionering van de OKZ binnen de thuiszorg.

2.7.2 Productomschrijvingen OKZ (vragen 85 t/m 89)*Resultaat (tabel 68 t/m tabel 70)*

De respons was zowel in 1996 als in 1998 voldoende (respectievelijk 87% en 83%). Vrijwel alle thuiszorgorganisaties beschikten in beide jaren over een productomschrijving OKZ. De organisaties die nog niet over een productomschrijving beschikten, gaven aan dat dit uiterlijk in 1999 wel het geval zou zijn. Uit tabel 68 blijkt dat in de periode 1996-1998 thuiszorginstellingen hun productomschrijvingen meer in overeenstemming hadden gebracht met het *Zorgpakket Ouder- en Kindzorg* van de LVT. Met uitzondering van één organisatie werd dit desgevraagd (vraag 88) door de organisaties bevestigd.

Tabel 68 Beschikbaarheid van Productomschrijvingen OKZ, 1996-1998

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	10	15,2
Respons (n)	59	86,8	56	84,8
<i>Beschikbaarheid van productomschrijving</i>	% van n		% van n	
Productomschrijving vastgesteld	57	96,6	51	91,1
Productomschrijving niet beschikbaar	2	3,4		
Wel in voorbereiding			4	7,1
Niet in voorbereiding			1	1,8

Tabel 69 Overeenkomst van de Productomschrijving OKZ van de eigen organisatie met het Zorgpakket OKZ van de LVT

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	11	16,2	11	16,7
Respons (n)	57	86,8	55	83,3
<i>Mate van overeenkomst</i>				
Niet van toepassing (geen productomschrijving)			5	9,1
Volledig	13	22,8		
Met eigen uitbreidingen			11	20,0
Zonder eigen uitbreidingen			8	14,5
Gedeeltelijk	43	75,4		
Grotendeels (> 50%)			30	54,5
Voor een klein deel (25 – 50%)			1	1,8
Vrijwel niet (< 25%)				
Geen	1	1,8		

Tabel 70 Redenen van thuiszorgorganisaties om met de eigen Productomschrijving OKZ af te wijken van het Zorgpakket Ouder- en Kindzorg van de LVT

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	11	16,2	11	16,7
Respons (n)	57	83,8	55	83,3
<i>Redenen om af te wijken</i>				
		% van n		% van n
Niet van toepassing (geen productomschrijving)	0		5	
Niet van toepassing (productomschrijving komt overeen)	13	22,8	19	
Inhoudelijke en/of financiële	44	77,2		
Uitsluitend inhoudelijke			13	41,9
Uitsluitend financiële			5	16,2
Zowel inhoudelijke als financiële			13	41,9

Beschouwing en conclusie

Vrijwel elke thuiszorgorganisatie beschikte in 1998 over een productomschrijving OKZ. In 1996 stemde 23% van de productomschrijvingen volledig overeen met het Zorgpakket Ouder- en Kindzorg van de LVT, in 1998 was dat 34,5%. Thuiszorgorganisaties hadden kennelijk het beleid meer aangepast aan de landelijk geaccepteerde norm. Een op de vijf organisaties had zelfs een aanbod boven de norm.

Geconcludeerd wordt dat, althans op papier, het zorgaanbod OKZ tussen 1996 en 1998 meer in overeenstemming was gebracht met de geldende landelijke normen. Dat de uitwerking in de praktijk nog ver verwijderd was van wat op papier stond, komt op verschillende plaatsen in dit rapport duidelijk naar voren.

2.8 Zorgaanbod

2.8.1 Onderdelen van het zorgaanbod van de thuiszorgorganisatie (vraag 90)

Resultaat (tabel 71)

De respons was 85%. Tabel 71 verschaft een overzicht van de productgroepen en producten die in 1998 door thuiszorgorganisaties werden aangeboden.

Beschouwing en conclusie

Thuiszorgorganisaties boden in 1998 een groot assortiment aan producten.

2.8.2 Onderdelen van het Zorgpakket OKZ die standaard worden aangeboden (vraag 91)

Resultaat (tabel 72)

Vergelijking met 1996 is niet mogelijk. De respons was 82%. De antwoorden zijn opgenomen in tabel 72.

Beschouwing en conclusie

Uit tabel 72 blijkt dat indien een landelijk protocol voorhanden was, dit in de meeste gevallen ook werd gebruikt en dat tegelijkertijd het gebruik van andere protocollen gering was. Uitzonderingen hierop werden gezien bij lichamelijk onderzoek en voedingsvoorlichting, waarbij de protocollen op eind 1998 verouderd waren en bij het onderzoek op visuele stoornissen, waarbij het protocol 'vers van de pers' was. Bij de onderdelen, waarvoor in 1998 geen landelijk protocol beschikbaar was, werd relatief vaker helemaal geen protocol gebruikt.

Geconcludeerd wordt dat een landelijk protocol dat in het *Zorgpakket Ouder- en Kindzorg* wordt aanbevolen, in de praktijk op grote schaal werd gebruikt.

Tabel 71 Productgroepen en producten. Producten gemerkt met een * zijn 'status aparte producten'

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	10	15,2
Respons (n)	56	84,8
<i>Productgroepen / producten</i>		
		% van n
Ouder- en kindzorg (OKZ)*	56	100,0
Voedingsvoorlichting en dieetadvisering (VODA)*	54	96,4
Verpleging en verzorging (V&P)	54	96,4
Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)*	51	91,1
Gezinsverzorging (GV)	49	87,5
Collectieve preventie (CP)*	39	69,6
Kraamverzorging (KV)	32	57,1
Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	26	46,4
Uitleen van verplegingsartikelen	11	19,6
Gespecialiseerde gezinsverzorging (GGV)	6	
Thuiszorgwinkel	5	
Alfahulp	4	
Dagopvang (dementerende) ouderen	4	
Opvoedingsondersteuning	3	
Alarmcentrale (sociale alarmering)	3	
Ergotherapie	3	
Intensieve thuiszorg	2	
Maaltijdvoorziening	2	
Steunpunt mantelzorg	2	
JGZ voor 4 tot 19-jarigen 1)	1	
Entadministratie 1)	1	
Thuiservice (kapper, pedicure)	1	
Cursus- en congresbureau	1	
Extramurale verpleeghuiszorg	1	
Huisartsgeneeskundige hulp 2)	1	
Fysiotherapeutische hulp 2)	1	
Farmaceutische hulp 2)	1	
Tandheelkundige hulp 2)	1	
Jeugdhulpverlening	1	
Bedrijfsmaatschappelijk werk	1	
Transmurale zorg	1	

1) GG&GD Amsterdam

2) Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere

Tabel 72 Overzicht van de wijze waarop 54 thuiszorgorganisaties(respons 82%) in 1998 de standaardproducten uit het Zorgpakket Ouder- en Kindzorg van de LVT hebben aangeboden

Onderdeel en nummering volgens het Zorgpakket Ouder- en Kindzorg van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (1995)	Referentie	Aantal organisaties dat uitvoert volgens:		
		Aanbevolen protocol	Ander protocol	Geen protocol
1.1 Intake	—	—	20	11
2.1 Biometrie	1	29	18	3
2.2 Lichamelijk onderzoek	2	41	6	6
2.3 Ontwikkelingsonderzoek	3	49	2	2
3.1 Rijksvaccinatieprogramma	4	54	0	0
3.2 Hepatitis B-vaccinatie	4	51	2	1
4.1 PKU / CHT-screening	5	35	6	1
4.2 Gehoorscreening	6	45	9	0
4.3 Onderzoek op visuele stoornissen	7	36	14	2
4.4 Bepaling spraak- en taalontwikkeling	—	—	14	20
5.1 Preventie van passief roken	8	42	1	10
6.1 Introductie van het zorgaanbod	—	—	23	12
6.2 Voorlichting aan zwangeren	—	—	27	6
6.3 Voorlichting over hygiëne en verzorging	—	—	14	22
6.4 Voorlichting over mondgezondheid	9	54	2	1
6.5 Voedingsvoorlichting	10	24	28	2
6.6 Veiligheidsvoorlichting	11	51	2	1
6.7 Opvoedingsvoorlichting	—	—	24	19
6.9 Verwijzingen	—	—	19	20
6.10 Zorgoverdracht	—	—	34	6

*Protocollen: 1 Burgmeijer RJF et al. *Groeidiagrammen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1998; 2 Burgmeijer RJF et al. *Periodiek geneeskundig onderzoek*. Utrecht: Wet. Uitg. Bunge, 1991; 3 Brouwers-de Jong EA et al. *Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau*. Assen: Van Gorcum, 1996; 4 Burgmeijer RJF & Bolscher DJA. *Vaccinaties bij kinderen*, 3de druk. Assen: Van Gorcum, 1998; 5 Loeber JG. *Draaiboek neonatale screening op PKU en CHT* 3de uitgave. Rijswijk: IGZ, 1998; 6 NSDSK. *Handleiding CAPAS*. Amsterdam: NSDSK, z.j.; 7 Donkers ECMM et al. *Oogheelkundige screening bij kinderen*. Assen: Van Gorcum, 1998; 8 Nellen M et al. *Handleiding preventie van passief roken*. Den Haag: STIVORO, 1997; 9 NiGZ / Ivoren Kruis. *Fluoride-advies Woerden*: NiGZ, 1998; 10 NVJG. *Standaarden borstvoeding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997; 11 Stichting Consument en Veiligheid. *Veiligheidskaarten* Amsterdam: Stichting Consument & Veiligheid

2.8.3 Zorgaanbod buiten het Zorgpakket OKZ (vraag 92)

Resultaat (tabel 73)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk. De respons in 1998 was 74%, net iets onder de grens die als 'voldoende' geldt. Tabel 73 geeft een overzicht van de producten die niet in het *Zorgpakket Ouder- en Kindzorg* van de LVT waren opgenomen, maar wel door thuiszorgorganisaties in het kader van OKZ werden aangeboden. Dit aanbod bleek in 1998 zeer divers. Uit de beantwoording valt een bepaald patroon te ontdekken, namelijk dat de 'klassieke' onderdelen van de OKZ (cursussen voor zwangeren en voor ouders van zuigelingen of peuters) door de meeste organisaties uit het status aparte budget werden gefinancierd, terwijl de 'moderne' onderdelen (bijvoorbeeld babymassage) niet daaruit werden gefinancierd. Dit laatste gold echter niet voor kortdurende pedagogische hulpverlening, waarbij 31 van de 44 respondenten (70%) dit aanbod uit het status aparte budget financierden. Organisaties die thuisverpleging van zieke kinderen aanboden, financierden dat overwegend vanuit het niet-status aparte budget.

De bijdragen die aan cliënten voor deelname aan de diverse activiteiten werden gevraagd, liepen zeer uiteen. Nagenoeg alle thuiszorgorganisaties maakten verschil in de hoogte van het te betalen bedrag: niet-leden moesten gemiddeld 50% meer betalen dan leden.

Ter toelichting op tabel 73 nog het volgende. In de kolom 'Budget' is aangegeven hoeveel organisaties (een deel van de) kosten betaalde vanuit het status aparte budget (SA) of vanuit een ander budget (NSA = niet-status aparte budget). De kolom 'eigen bijdrage' geeft de hoogte van eventuele bijdragen aan die door de organisaties aan cliënten in rekening werden gebracht. In de kolom 'minimum' zijn de laagste gerapporteerde bedragen vermeld. Daarbij betreft het in vrijwel alle gevallen de prijs die voor leden gold. In de kolom 'maximum' zijn de hoogste gerapporteerde bedragen vermeld. Die betroffen in vrijwel alle gevallen de prijs voor niet leden. De kolom 'gemiddeld' vermeldt het gemiddelde van alle gerapporteerde bedragen voor die activiteit, dus zowel de leden- als de niet-ledenprijs

Tabel 73 Overzicht van activiteiten in 1998 aangeboden buiten het Zorgpakket Ouder- en Kindzorg

Product	Budget		Eigen bijdrage in guldens				
	SA	NSA	n	Minimum	Maximum	Gemiddeld	Mediaan
Prenataal huisbezoek	9	11	2	5,00	75,00	—	—
Zwangerschapscursus / gym	45	4	20	5,00	169,00	48,10	50,00
Kraaminformatiebijeenkomst	1	1	1	2,50	5,00	3,75	—
Zwangerschapsyoga	2	2	2	120,00	185,00	165,00	—
Cursus 'Baby op komst'	1	1	3	7,50	22,50	10,00	—
Postnatale gymnastiek	5	5	6	7,50	75,00	47,50	55,00
Babymassage	5	32	33	50,00	369,00	120,55	122,50
Oudercursus (zuigelingen)	34	2	16	5,00	20,00	30,11	27,50
Oudercursus (meerlingen)	16	2	11	5,00	20,00	6,30	5,00
Thema Borstvoeding	2	1	3	5,00	22,50	10,75	—
Thema 'Flesvoeding'			2	5,00	75,00	40,60	—
Cursus 'Ontwikkeling zuigeling'			1	75,00	75,00	75,00	—
Lactatiekundig spreekuur	1						
Oudercursus (peuters)	41	6	21	2,50	110,00	27,23	17,50
Oudercursus (couveuse)	6						
Oudercursus (specifieke aand.)	15	5	14	5,00	115,00	34,30	20,00
Thuisverpleging	2	13	2	5,00	95,00	—	—
EHBO bij kinderen	1	4	6	35,00	200,00	97,75	75,00
Saneringshuisbezoek CARA	2						
(Transmuraal) astma-sprekkuur	2						
Kortdurende interventies	31	13	6	7,50	250,00	55,40	27,50
'Als een kusje niet meer helpt'	1	2	2	75,00	130,00	97,50	—
Cursus 'Slaap kindje slaap'	1	0	2	20,00	90,00	47,50	—
Cursus 'Opvoeden doe je zo'	2	1	2	25,00	75,00	50,00	—
'Luisteren/kijken naar kinderen'	1	0	2	100,00	190,00	145,00	—
'Mijn kind gedraagt zich anders'	0	1	1	100,00	190,00	145,00	—
Droogbed training	1	1	2	90,00	170,00	132,50	—
Cursus 'Muziek op school'			2	75,00	150,00	109,50	—
Cursus 'ADHD'			1	110,00	185,00	147,50	—
Cursus 'Drukke kinderen'			2	35,00	80,00	55,00	—
'Positief omgaan met kinderen'	3	1	3	100,00	325,00	231,25	—
Video Home Training	1						
'Doerakken'	1						
Diensten van het VTO-team	1						
'Boekenpret'	1						
Oudercursus voor allochtonen	11	4	2	5,00	5,00	—	—
Moeders informeren moeders	1						

Beschouwing en conclusie

Naast het standaard aanbod, zoals vastgelegd in het *Zorgpakket Ouder- en Kindzorg* hadden Thuiszorgorganisaties in 1998 in het kader van de OKZ een omvangrijk extra aanbod aan zorg- en dienstverlening gedaan. Er bestond een grote verscheidenheid in de wijze waarop die activiteiten werden gefinancierd. De hoogte van de eigen bijdrage die naast de destijds geldende wettelijke toegangsbijdrage van cliënten werd verlangd vertoonde opvallend grote verschillen.

Geconcludeerd wordt, dat thuiszorgorganisaties een aantal onderdelen van het zorgaanbod, die niet tot het standaardpakket behoorden, op verschillende wijzen financierden, waarbij de kosten nu eens geheel dan weer gedeeltelijk en soms helemaal niet uit het status aparte budget werden gefinancierd. In de eerste twee gevallen betekende dit dat een geringer budget voor het standaardaanbod OKZ resteerde. Mogelijk dat dit op het totaal van het budget weinig verschil maakte voor de organisatie, maar vanuit de zijde van de cliënt betekende het wel, dat voor eenzelfde aanbod soms aanzienlijk verschillende bedragen moesten worden betaald, afhankelijk van de woonplaats.

2.9 Personeel

2.9.1 Discipline van het Hoofd OKZ (vraag 93)

Resultaat (tabel 74)

De respons was zowel in 1996 als in 1998 voldoende (respectievelijk 77% en 76%). Tabel 74 toont de verschillen tussen 1996 en 1998 voor wat betreft de discipline c.q. opleiding van het hoofd OKZ.

Het percentage hoofden OKZ met een medische achtergrond werd bijna gehalveerd. Hoofden OKZ met een sociaal-wetenschappelijke opleiding werden gereduceerd van 21% naar 8%. Daarentegen stegen de verpleegkundigen van 40% in 1996 naar 64% in 1998.

Tabel 74 Discipline c.q. opleidingsniveau van het Hoofd OKZ op 1 januari 1996 en 1 juli 1998

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	16	23,5	16	24,2
Respons (n)	52	76,5	50	75,8

<i>Discipline / opleidingsniveau</i>	% van n		% van n	
Niet van toepassing (functie vacant)	0		4	8,0
Sociaal geneeskundige, tak jeugdgezondheidszorg	7	13,5	3	6,0
Sociaal geneeskundige, tak algemene gezondheidszorg	1	1,9	1	2,0
(Basis)arts met applicatiecursus	0		0	
Gezondheidswetenschapper (w.o. verplegingswetenschap)	6	11,5	7	14,0
Verpleegkundige HBOV	7	13,5	11	22,0
Verpleegkundige A + MGZ of VO	8	15,4	14	28,0
Verpleegkundige A	0		0	
Sociaal wetenschapper (psycholoog, pedagoog)	11	21,2	4	8,0
Bedrijfskundige of econoom	0		1	2,0
Overige	12	23,0	5	10,0

Beschouwing en conclusie

Begin jaren negentig begon zich een ontwikkeling af te tekenen waarbij de leidinggevendenden van divisies OKZ met een medische achtergrond werden vervangen door mensen met een niet-medische achtergrond. Na een korte periode waarin ook sociaalwetenschappers een belangrijke groep leken te gaan vormen, bleek uit het huidige onderzoek dat tussen 1996 en 1998 vooral verpleegkundigen als hoofd van de divisie OKZ waren aangesteld.

Aan deze ontwikkeling konden in het kader van het huidige onderzoek geen conclusies worden verbonden over de kwaliteit van de leiding van de divisie OKZ. Wel is zeker dat met de doorgevoerde wijzigingen een aanzienlijke kostenbesparing tot stand werd gebracht, omdat artsen over het algemeen hoger zijn ingeschaald dan verpleegkundigen.

2.9.2 Staffuncties ten behoeve van de OKZ (vragen 94 t/m 97)

Resultaat (tabel 75 t/m tabel 77)

Zowel in 1996 als in 1998 was de respons voldoende. In 1998 had 90,4% van de organisaties formatie voor staf- en ondersteuningsfuncties op de begroting opgevoerd. Dit betekende een daling met 2,8% ten opzichte van 1996 (tabel 75).

Het percentage organisaties dat deze formatie niet aan bepaalde disciplines en/of functionarissen had gekoppeld, steeg van 3,6 naar 9,6% (tabel 76).

In 1998 konden alle 47 organisaties die stafformatie op de begroting hadden opgevoerd, deze in maat en getal rapporteren. In 1996 was dat bij 48 van de 55 organisaties het geval.

De vergelijkende resultaten zijn opgenomen in tabel 77. Deze laten zien dat bij de voor de ondersteuning van de OKZ belangrijkste disciplines (jeugdartsen, consultatiebureauartsen en verpleegkundigen) de formatie was teruggelopen. De daling deed zich zowel voor bij het gemiddelde aantal fte per organisatie als bij het gemiddelde aanstellingspercentage per functionaris. Bij de jeugdartsen ging deze laatste omlaag van 44% naar 33%, bij de consultatiebureauartsen van 82% naar 31% en bij de verpleegkundigen van 63% naar 50%. Het aantal fte dat een organisatie gemiddeld voor ondersteuningstaken op de begroting had staan, was bij de jeugdartsen gedaald van 0,47 naar 0,36, bij de consultatiebureauartsen van 0,82 naar 0,36 en bij de verpleegkundigen van 0,86 naar 0,74.

Voor alle ondersteuningsfunctionarissen tezamen daalde het aantal fte per organisatie van 1,64 naar 1,10, terwijl de gemiddelde aanstelling per functionaris daalde van 54% naar 41%.

Tabel 75 Formatie ten behoeve van staf- en ondersteuningstaken op de begrotingen van 1996 en 1998

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	9	13,2	14	21,2
Respons (n)	59	86,8	52	78,8
<i>Formatie op de begroting</i>				
	% van n		% van n	
Ja	55	93,2	47	90,4
Nee	4	6,8	5	9,6

Tabel 76 Verdeling van de formatie ten behoeve van staf- en ondersteuningstaken over de diverse disciplines op 1 januari 1996 en 1 juli 1998

	1996		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar / geen antwoord	12	17,6	14	21,2
Respons (n)	56	82,4	52	78,8
<i>Toewijzing</i>				
Aan bepaalde disciplines c.q. functionarissen	54	96,4	47	90,4
Toewijzing op projectbasis	2	3,6	5	9,6

*Tabel 77 Formatie staf- en ondersteuningsfuncties ten behoeve van de OKZ
op 1 januari 1996 en 1 juli 1998*

Discipline en jaar	Organisaties	Functionarissen		FTE		
	Aantal	Totaal	Per org.	Totaal	Per org.	Per funct.
<i>Sociaal geneeskundige JGZ</i>						
1996	29	31	1,07	13,66	0,47	0,44
1998	32	35	0,91	11,41	0,36	0,33
Procentueel verschil					- 23%	- 25%
<i>Sociaal geneeskundige AGZ</i>						
1996	5	5	1,00	2,85	0,57	0,57
1998	0					
<i>Kinderarts</i>						
1996	3	3	1,00	0,75	0,25	0,25
1998	1	1	1,00	0,65	0,65	0,65
<i>Consultatiebureauarts</i>						
1996	13	13	1,00	10,66	0,82	0,82
1998	13	15	1,15	4,69	0,36	0,31
Procentueel verschil					- 56%	- 62%
<i>Verpleegkundige</i>						
1996	43	59	1,37	37,11	0,86	0,63
1998	43	63	1,47	31,70	0,74	0,50
Procentueel verschil					- 14%	- 21%
<i>Sociaal wetenschapper</i>						
1996	4	4	1,00	1,10	0,28	0,28
1998	4	4	1,00	0,90	0,23	0,23
<i>Overige disciplines</i>						
1996	14	32	2,29	12,70	0,91	0,40
1998	6	8	1,33	2,45	0,41	0,31
<i>Totaal</i>						
1996	48	147	3,06	78,83	1,64	0,54
1998	47	126	2,68	51,80	1,10	0,41
Procentueel verschil					- 67%	- 76%

Beschouwing en conclusie

Thuiszorgorganisaties hadden tussen 1996 en 1998 aanzienlijk minder formatie ingezet op ondersteuningsfuncties, zowel wat betreft het aantal personen als het aanstellingspercentage. Het gemiddeld aantal functionarissen per organisatie daalde van 1,64 fte naar 1,10 fte (daling met 67%). Het gemiddelde dienstverband van een staffunctionaris daalde van 0,54 fte naar 0,41 fte (daling met 76%). De achteruitgang deed zich vooral voor bij de consultatiebureauartsen, gevolgd door jeugdartsen en verpleegkundigen.

Geconcludeerd wordt dat de resultaten van het huidige onderzoek de stelling in het *Zwartboek* bevestigden, dat tussen 1996 en 1998 de inhoudelijke ondersteuning van de OKZ aanzienlijk zou zijn verminderd. In combinatie met de resultaten die in de vorige paragraaf werden besproken, wordt de vraag actueel of met de doorgevoerde veranderingen de kwaliteit van de zorgverlening nog voldoende kon worden gewaarborgd. Het ontbreken van terzake kundig personeel zou wel eens een belangrijke oorzaak kunnen zijn geweest voor de uitzonderlijk lage respons op de vragen van het huidige onderzoek.

2.9.3 Uitvoerende functionarissen (vraag 98)

Resultaat (tabel 78)

In 1998 was de respons 69%, tegenover 80% in 1996. Bij beschouwing van tabel 78 valt op dat in 1998 het aantal functionarissen bij vrijwel alle disciplines lager was dan in 1996. Uitzonderingen hierop zijn de pedagogen, de VTO-coördinatoren en de gespecialiseerde verpleegkundigen. Bij de belangrijkste drie functionarissen, OKZ-verpleegkundigen, dienstverbandartsen en assistenten viel een lichte achteruitgang te bespeuren in het dienstverbandpercentage. De huisartsen schommelde het 'dienstverband' sinds 1991 tussen 0,04 fte en 0,07 fte.

Beschouwing en conclusie

Het was niet duidelijk hoe de gevonden verschillen tussen 1996 en 1998 geïnterpreteerd moesten worden, omdat vrijwel geen enkele respondent het getal nul had gebruikt. Daarmee bleef voor een deel onbekend of de gevraagde informatie niet beschikbaar was of dat de desbetreffende discipline niet binnen de organisatie aanwezig was.

Het was echter zeker dat een deel van de verklaring voor de lagere aantallen was gelegen in het niet beschikbaar hebben van de informatie: er waren meer organisaties die alleen opgave konden doen van het aantal functionarissen per discipline dan organisaties die tevens opgave van het aantal fte konden doen. Tabel 78 is, evenals in 1996, gebaseerd op het lagere aantal organisaties dat beide gegevens kon rapporteren.

Tabel 78 *Formatie uitvoerende functies ten behoeve van de OKZ op 1 januari 1996 en 1 juli 1998*
(vervolg tabel op volgende pagina)

Discipline en jaar	Aantal organisaties	Aantal personen		Aantal FTE		
		Totaal	Per org.	Totaal	Per org.	Per funct.
<i>OKZ-verpleegkundige</i>						
1996	54	1.674	31,0	1.029,79	19,07	0,62
1998	46	1.380	30,0	897,19	19,50	0,65
<i>Consultatiebureauassistenten</i>						
1996	51	845	16,6	218,40	4,28	0,28
1998	42	731	17,4	186,52	4,44	0,26
<i>CB-artsen in dienstverband</i>						
1996	50	642	12,8	290,40	5,81	0,45
1998	45	603	13,4	227,95	5,06	0,38
<i>CB-artsen op honorariumbasis</i>						
1996	33	161	4,9	35,42	1,07	0,22
1998	8	41	5,1	7,42	0,93	0,18
<i>CB/huisartsen</i>						
1996	31	583	18,8	43,30	1,40	0,07
1998	25	418	16,7	17,93	0,71	0,04
<i>Fysio- en oefentherapeuten</i>						
1996	29	376	13,0	33,70	1,16	0,08
1998	14	197	14,1	20,46	1,46	0,10
<i>Medewerker gehoorscreening</i>						
1996	28	58	2,1	22,26	0,80	0,38
1998	17	90	5,3	7,75	0,46	0,09
<i>Opvoedingsvoorlichter</i>						
1996	19	40	2,1	14,40	0,76	0,36
1998	8	20	2,5	3,87	0,48	0,19
<i>Diëtist ten behoeve van de OKZ</i>						
1996	13	31	2,4	13,30	1,02	0,43
1998	7	18	2,6	10,03	1,43	0,56
<i>Allround verpleegkundige</i>						
1996	9	152	16,9	76,67	8,51	0,50
1998	3	61	20,3	34,62	11,54	0,58
<i>Pedagoog / psycholoog</i>						
1996	6	7	1,2	3,07	0,51	0,44
1998	13	24	1,8	9,65	0,74	0,40
<i>VTO-coördinator</i>						
1996	3	3	1,0	1,22	0,41	0,41
1998	17	18	1,1	5,17	0,30	0,29

Tabel 78 *Formatie uitvoerende functies ten behoeve van de OKZ op 1 januari 1996 en 1 juli 1998*
(vervolg van vorige pagina)

Discipline en jaar	Aantal organisaties	Aantal personen		Aantal FTE		
		Totaal	Per org.	Totaal	Per org.	Per funct.
<i>Gespecialiseerde verpleegk.</i>						
1996	1	1	1,0	1,00	1,00	1,00
1998	13	34	2,6	4,66	0,36	0,14
<i>Cursuscoördinator</i>						
1996	1	1	1,0	0,60	0,60	0,60
1998	5	11	2,2	3,32	0,66	0,30
<i>GVO-functionaris</i>						
1996	1	1	1,0	0,60	0,60	0,60
1998	7	9	1,3	3,50	0,50	0,39
<i>Tolk</i>						
1996	1	1	1,0	0,10	0,10	0,10
1998	2	22	11,0	1,30	0,65	0,05
<i>Kraamverzorgende</i>						
1996	1	130	130,0	8,50	8,50	0,07
1998	8	609	76,0	385,94	48,24	0,63
<i>Orthoptist</i>						
1996	1	1	1,0	0,42	0,42	0,42
1998	1	1	1,0	0,40	0,40	0,40

2.9.4 Werkzaamheden door OKZ-functionarissen verricht ten behoeve van zwangerschapsvoorlichting, curatie en pedagogische ondersteuning (vragen 100 t/m 103)

Resultaat (tabel 78 t/m tabel 82)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk. In 1998 was de respons 80%.

In dat jaar lieten thuiszorgorganisaties vrijwel zonder uitzondering OKZ-verpleegkundigen werkzaamheden uitvoeren op het gebied van hetzij voorlichting aan zwangeren, hetzij curatieve werkzaamheden bij zieke kinderen, hetzij pedagogische ondersteuning, hetzij combinaties hiervan. Artsen werden op geen van de drie terreinen ingezet. Uit tabel 79 valt af te leiden, dat deze werkzaamheden op grote schaal werden verricht. Bijna driekwart van de organisaties zette verpleegkundigen in bij de voorlichting aan zwangeren, waaronder prenatale huisbezoeken, cursussen voor aanstaande ouders en zwangerschapsgymnastiek.

Meer dan driekwart van de organisaties liet verpleegkundigen pedagogische ondersteuning uitvoeren (waaronder alle activiteiten buiten het normale consultschema om, zoals kortdurende pedagogische begeleiding, opvoedingssprekuren en video hometraining). Bijna de helft van de organisaties liet OKZ-verpleegkundigen werkzaamheden verrichten ten behoeve van zieke kinderen thuis (waaronder verzorging en verpleging, instructie bij zelfmedicatie in geval van bijvoorbeeld CARA of diabetes).

Tabel 78 In 1998 door OKZ-verpleegkundigen uitgevoerde werkzaamheden op het gebied van voorlichting aan zwangeren, verzorging en verpleging van zieke kinderen thuis en pedagogische ondersteuning

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	13	19,7
Respons (n)	53	80,3
<i>Werkzaamheden buiten het standaardpakket</i>		% van n
Zwangerschapsvoorlichting	39	73,6
Verpleging en verzorging van zieke kinderen thuis	25	47,2
Pedagogische ondersteuning	41	77,4

In tabel 79 zijn de aangetroffen combinaties vermeld. Één organisatie voerde geen enkele activiteit uit, 14 organisaties één, 23 organisaties twee en 15 organisaties alle drie de activiteiten. De combinatie zwangerschapsvoorlichting + pedagogische ondersteuning kwam het meeste voor.

Tabel 79 In 1998 door OKZ-verpleegkundigen uitgevoerde werkzaamheden op het gebied van voorlichting aan zwangeren (Z), verzorging en verpleging van zieke kinderen thuis (V) en pedagogische ondersteuning (P)

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	13	19,7
Respons (n)	53	80,3
<i>Uitvoering van</i>		% van n
Z+ P	16	30,2
Z + V + P	15	28,3
Z	6	11,3
P	5	9,4
V + P	5	9,4
V	3	5,7
Z + V	2	3,8
Geen van alle	1	1,9

In de tabellen 80 t/m 82 is weergegeven hoeveel fte OKZ-verpleegkundigen in 1998 werd ingezet op de genoemde drie gebieden.

Tabel 80 Opgave van het aantal fte OKZ-verpleegkundige dat in 1998 werd ingezet bij de voorlichting aan zwangeren (n =18)

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	34	51,5
Respons (n)	32	48,5
Niet van toepassing (wordt niet uitgevoerd)	14	
<i>FTE</i>		
Spreiding	0,05 – 16,0	
Totaal	25,9	
Gemiddeld per organisatie	1,44	
Mediaan	0,35	

Tabel 81 Opgave van het aantal fte OKZ-verpleegkundige dat in 1998 werd ingezet bij de verzorging en verpleging van zieke kinderen thuis (n = 7)

		1998	
		Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)		66	100,0
Informatie niet beschikbaar / geen antwoord		31	47,0
Respons (n)		35	53,0
Niet van toepassing (wordt niet uitgevoerd)		28	
<i>FTE</i>			
Spreiding	0,2 – 0,6		
Totaal	1,9		
Gemiddeld per organisatie	0,27		
Mediaan	---		

Tabel 82 Opgave van het aantal fte OKZ-verpleegkundige dat in 1998 werd ingezet bij pedagogische ondersteuning (n = 14)

		1998	
		Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)		66	100,0
Informatie niet beschikbaar / geen antwoord		37	56,1
Respons (n)		29	43,9
Niet van toepassing (wordt niet uitgevoerd)		15	
<i>FTE</i>			
Spreiding	0,10 – 17,0		
Totaal	38,62		
Gemiddeld per organisatie	2,76		
Mediaan	0,58		

Beschouwing en conclusie

In 1998 werden op grote schaal door OKZ-verpleegkundigen activiteiten uitgevoerd die door de *Werkgroep Jeugdgezondheidszorg* van de *Projectgroep Basistaken Collectieve Preventie* niet zijn opgenomen in de lijst *Productgroepen, producten en activiteiten*. Zwangerschapsvoorlichting, curatieve zorg voor kinderen en pedagogische hulpverlening worden niet tot het basistakenpakket gerekend.

Het doen van uitspraken over de gemaakte keuzes viel buiten het kader van de opdracht van het huidige onderzoek. Volstaan wordt met op te merken dat de voorlichting aan zwangeren traditioneel altijd tot de taken van de 'moederschapzorg en kinderhygiëne' heeft behoord. Als zodanig is deze zorg in 1981 onder de werkingssfeer van de AWBZ gebracht.

Zwangerschapsgymnastiek vormde in de meeste gevallen een integraal onderdeel van dit cursusaanbod. Er heerst thans onduidelijkheid over de vraag of dit zorgaanbod wel of niet in het status aparte budget is verdisconteerd, met andere woorden: moet deze activiteit vanuit dit budget worden gefinancierd of niet.

Voor wat betreft de curatieve zorg voor kinderen, leek de omvang daarvan beperkt (0,27 fte per organisatie). Daarentegen legde de pedagogische hulpverlening een groot beslag op de beschikbare formatie (2,76 fte per organisatie). In feite ging het daarbij om hulpverlening en niet meer basistaken, die in het standaardpakket zitten. In de gevallen waarin financiering van deze activiteiten uit het status aparte budget geschiedde, ging dat dus ten koste van het budget dat beschikbaar was voor uitvoering van het basistakenpakket.

2.10 Verdeling status aparte budget

2.10.1 Hoogte en interne verdeling van het status aparte budget in 1997 en 1998 (vragen 104 t/m 109)

Resultaat (tabel 83 t/m tabel 86)

Tabel 83 laat zien dat 46 thuiszorgorganisaties (respons 70%) opgave konden doen van het voor 1998 toegekende status aparte budget. De respons was 70% en blijft daarmee onder de grens van 'voldoende'. Tweeënveertig konden dat ook over 1997. In 1997 hadden 19 van de 42 thuiszorgorganisaties (45%) het status aparte budget intern gebudgetteerd. In 1998 was het percentage gestegen naar 63.

Tabel 84 geeft een overzicht van de budgetten, waarover de organisaties konden beschikken. De extrapolatie op basis van de mediaan komt dichterbij de buurt van het werkelijk bedrag van f 290 miljoen dan de extrapolatie op basis van het gemiddelde, omdat de iets grotere organisaties licht oververtegenwoordigd zijn.

In tabel 85 zijn de percentages vermeld van dat deel van het status aparte budget dat door thuiszorgorganisaties aan de OKZ werd toebedeeld. De twee extreme minimumwaarden worden veroorzaakt door twee thuiszorgorganisaties, die volgens hun opgave niet het totale budget over status aparte producten hadden verdeeld. Het ging bij deze twee organisaties zowel in 1997 als in 1998 om een substantieel deel van het totale budget (in 1997 en 1998 bij de ene organisatie respectievelijk 42% en 49% en bij de andere organisatie respectievelijk 43% en 38%).

Tussen 1997 en 1998 waren acht organisaties overgegaan op interne budgettering.

Tabel 86 laat zien hoe thuiszorgorganisaties, die intern hadden gebudgetteerd de gelden verdeelden over de diverse status aparte producten. Zowel in 1997 als in 1998 werd praktisch geen geld gereserveerd voor collectieve preventie (één organisatie). Vervolgens werd GVO het minst vaak bedeed.

Tabel 83 Aantal thuiszorgorganisaties dat in 1997 en/of 1998 het status aparte budget intern hebben gebudgetteerd

	1997		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	24	36,4	20	30,3
Respons (n)	42	63,6	46	69,7
<i>Interne budgettering</i>				
	% van n		% van n	
Nee	23	54,8	17	37,0
Ja	19	45,2	29	63,0

Tabel 84 Bedragen (in guldens) die in 1997 en 1998 met het status aparte budget waren gemoeid

	1997		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	24	36,4	21	31,8
Respons (n)	42	63,6	45	68,2
<i>Status aparte budget</i>				
Totaal bedrag	196.464.587		228.086.150	
Spreiding	1.079.006 – 8.383.527		2.156.634 – 9.984.000	
Gemiddeld per organisatie	4.813.082		5.068.581	
Extrapolatie op basis van gemiddelde	317.663.412		334.526.346	
Mediaan	4.356.553		4.525.805	
Extrapolatie op basis van mediaan	287.532.465		298.703.130	

Tabel 85 Deel van het status aparte budget (in %), dat aan de OKZ werd toebedeeld in 1997 en 1998

	1997		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100.0	66	100.0
Informatie niet beschikbaar	24	36,4	21	31,8
Respons (n)	42	63,6	45	68,2
<i>Toedeling van status aparte gelden aan OKZ</i>				
Spreiding	50 – 92 %		43 – 92%	
Gemiddeld percentage	82,4%		83,7%	

Tabel 86 Verschillen in de interne budgettering van het status aparte budget tussen 1997 en 1998

	1997		1998	
	Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100.0	66	100.0
Informatie niet beschikbaar	24	36,4	21	31,8
Respons (n)	42	63,6	45	68,2
<i>Wijze van toedeling van het status aparte budget</i>				
Niet van toepassing (geen interne budgettering)	23		16	
OKZ + VODA + GVO + collectieve preventie	0			
OKZ + VODA + GVO	9		19	
OKZ + GVO + collectieve preventie	0			
OKZ + VODA + collectieve preventie	1		1	
OKZ + VODA	4		6	
OKZ + GVO	0		1	
OKZ + VODA + bedrag "over"	1			
OKZ + VODA + GVO + bedrag "over"	4		2	

Tabel 87 Vergelijking van het percentage van het status aparte budget dat in 1997 en 1998 aan de OKZ werd toebedeeld

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	21	31,8
Respons (n)	45	68,2
<i>Verandering van het aan OKZ toebedeelde percentage</i>		
In 1998 gestegen t.o.v. 1996	9	
In 1998 gelijk gebleven t.o.v. 1996	6	
In 1998 gedaald t.o.v. 1996	4	

Beschouwing en conclusie

Hoewel geconstateerd werd dat de respons op de vraag naar deze essentiële gegevens beneden de grens van 'voldoende' bleef, viel wel een aantal positieve zaken te constateren, namelijk dat meer organisaties opgave konden doen over het budget voor 1998 dan voor 1996, dat in 1998 meer organisaties interne budgettering hadden toegepast dan in 1996 en dat het deel van het status aparte budget dat aan de OKZ werd toebedeeld was gestegen van 82,4% naar 83,7%.

2.10.2 Oordeel van de thuiszorgorganisaties over de hoogte van het budget (vraag 110)

Resultaat (tabel 88)

De respons was laag (61%). Het overgrote deel van de respondenten oordeelde dat het status aparte budget ontoereikend was voor een goede uitvoering van de OKZ.

Tabel 88 Oordeel van thuiszorgorganisaties over de toereikendheid van het status aparte budget voor een goede uitvoering van de OKZ

	1998	
	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	26	39,4
Respons (n)	40	60,6
<i>Oordeel</i>		% van n
Meer dan toereikend	1	2,5
Toereikend	7	17,5
Niet toereikend	32	80,0

Beschouwing en conclusie

Bij de *Inventarisatie van belangrijke ontwikkelingen binnen de Ouder- en Kindzorg* (Burgmeijer, 1996) gaven 8 van de 45 respondenten (18%) aan dat het voor 1995 aan de OKZ toebedeelde budget "volstrekt ontoereikend" was en 12 organisaties (27%) oordeelden dat het "aan de krappe kant" was. Van een status aparte budget was toen nog geen sprake. Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat met de introductie van het status aparte budget de ontevredenheid over de beschikbare middelen was toegenomen. Maar wegens het ontbreken van het oordeel van ongeveer 40% van de thuiszorgorganisaties, is deze uitspraak niet algemeen geldend.

2.11 Deskundigheidsbevordering

2.11.1 Standaard inwerkprogramma per discipline (vraag 111)

Resultaat (tabel 90, 91)

De respons was in 1998 27% lager dan in 1996 en kwam uit op 46%. De resultaten konden dus niet gebruikt worden voor veralgemenisering.

De dertig respondenten boden introductieprogramma's aan in een verscheidenheid van 18 combinaties (in tabel 91 de rijen met gearceerde vakken). Er was één organisatie die alle zeven groepen functionarissen een introductieprogramma aanbood (tabel 90). Het meest (8 van de 30) werd een introductieprogramma aangeboden aan drie groepen functionarissen. De combinatie consultatiebureauassistenten + OKZ-verpleegkundigen + consultatiebureauartsen in dienstverband kwam het meest voor.

Per groep bezien (in tabel 91 de kolommen met gearceerde vakken) werd OKZ-verpleegkundigen het vaakst een introductieprogramma aangeboden (door 23 organisaties), gevolgd door consultatiebureauartsen in dienstverband (23 organisaties) en consultatiebureauassistenten (22 organisaties). Aan staffunctionarissen werd vrijwel geen introductieprogramma aangeboden.

Tabel 90 Aantal disciplines waarvoor 30 thuiszorgorganisaties in 1998 een introductieprogramma voor nieuwe medewerkers hebben georganiseerd

Aantal disciplines	Aantal organisaties
1	2
2	7
3	8
4	6
5	5
6	1
7	1
	30

Tabel 91 Aantal thuiszorgorganisaties dat een introductieprogramma aanbiedt aan nieuwe OKZ-medewerkers, uitgesplitst naar functionarissen

					1996		1998	
					Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)					68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar					19	27,9	36	54,5
Respons					49	72,1	30	45,5
		Functionarissen						
	Organ.	ASS	OKZ	HON	HA	CAO	SV	SA
	1							
	1							
	5							
	1							
	2							
	1							
	1							
	1							
	1							
	6							
	1							
	1							
	2							
	1							
	1							
	1							
	2							
	1							
	1							
	30	22	24	12	16	23	3	2

ASS = consultatiebureauassistenten; OKZ = OKZ-verpleegkundigen; HON = consultatiebureauartsen op honorariumbasis, niet zijnde huisartsen; HA = consultatiebureauartsen, tevens huisarts; CAO = consultatiebureauartsen in dienstverband; SV = stafverpleegkundigen; SA = stafartsen

Tabel 92 Aantal organisaties dat een introductieprogramma aanbiedt aan nieuwe OKZ-medewerkers

				1996		1998	
				Abs	% van N	Abs	% van N
Aantal thuiszorgorganisaties (N)				68	100,0	66	100,0
Informatie niet beschikbaar				19	27,9	36	54,5
Respons				49	72,1	30	45,5
Dagdelen per groep functionarissen							
	ASS	OKZ	HON	HA	CAO	SV	SA
	4	6	6	6	6	1	1
	6	16	20	10	20	17	
	3	40	3	3	3		
	2	6	1	1	1		
	2	6	1	1	4		
	4	80	2	1	2		
	3	30	6	6	6		
	4	20	6	4			
	5		4	4	4		
	4		1	1	1		
	5	16		10	10		
	3	20	8		8		
		20			7	10	10
	6	16			4		
	4	22			10		
	3	12		6			
	5	20			7		
	4	3			4		
	3	11			11		
	20	24			8		
		25		1	4		
	1	2					
	4	14					
		13			7		
		24			5		
			2	2			
		32		4			
				3	6		
	4						
					5		
Aantal organisaties	22	24	12	16	23	3	2
Gemiddeld aantal dagdelen	4,5	19,9	5,0	3,5	6,2		

In tabel 92 staan de aantallen dagdelen opgesomd, die de 30 respondenten besteedden aan het inwerkprogramma voor de diverse disciplines. De investering kon per organisatie uiteenlopen van 4 dagdelen voor één discipline tot 89 dagdelen voor zes disciplines. De introductie was voor OKZ-verpleegkundigen met een gemiddelde van 20 dagdelen het meest uitgebreid. Daarna volgden de consultatiebureauartsen in dienstverband met gemiddeld zes dagdelen. Huisartsen kregen het geringste aanbod in dagdelen (3,5).

Beschouwing en conclusie

In 1996 werd gemiddeld 6 dagdelen besteed aan het inwerken van artsen. In 1998 bleek dat aantal niet veranderd. Bij de verpleegkundigen steeg het gemiddelde van 14 naar 20 dagdelen. Daarbij moet echter aangetekend worden dat de resultaten van 1998 mogelijk niet representatief waren vanwege de lage respons.

De enorme spreiding in het aanbod was opvallend. Die verscheidenheid betrof zowel de disciplines als de omvang van het aanbod. Daarmee ontstonden grote verschillen in kosten die met het inwerken van nieuwe medewerkers werden gecreëerd.

Evenals in 1996 viel ook in 1998 het verschil op tussen de artsen die op honorariumbasis werken en de artsen in dienstverband. De honorariumartsen waren in twee opzichten in het nadeel. Ten eerste waren er minder organisaties die deze artsen inwerkten en ten tweede werd door de organisaties die dat wel deden aan hen de minste tijd besteed in vergelijking tot de andere disciplines.

Dat aan staffunctionarissen nauwelijks een introductieprogramma werd aangeboden lag voor de hand, omdat de zittende functionarissen bij vertrek kennelijk niet zijn vervangen door nieuwe (zie § 2.9.2).

2.11.2 Kennis- en vaardigheidstoetsen voor nieuwe medewerkers (vragen 112 en 113)

Resultaat (tabel 93)

De respons was voldoende (84,8%). Van de 56 respondenten namen 19 organisaties (34%) ingangstoetsen af. Deze betroffen vaker het Rijksvaccinatieprogramma dan andere onderdelen van het OKZ-aanbod. Verder bleek dat vooral consultatiebureauartsen in dienstverband en OKZ-verpleegkundigen aan een ingangstoets werden onderworpen. OKZ-verpleegkundigen werden vaker dan artsen onderworpen aan een ingangstoets op andere OKZ-onderwerpen.

Tabel 93 Aantal organisaties dat kennis en/of vaardigheidstoetsen afneemt bij nieuwe OKZ-medewerkers

Aantal organisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	10	15,2
Respons (n)	56	84,8

<i>Discipline die aan een ingangstoets worden onderworpen</i>	<i>% van n</i>	
Niet van toepassing (geen ingangstoets)	37	66,1
	Rijksvaccinatieprog.	Overig OKZ
Consultatiebureau assistenten	1	3
OKZ-verpleegkundigen	14	15
CB-arts honorariumbasis (niet-huisarts)	2	1
CB-arts honorariumbasis (teven huisarts)	3	1
CB-arts in dienstverband	10	7
Stafverpleegkundige	2	1
Stafarts	2	1

Tabel 94 Consequenties die thuiszorgorganisaties verbinden aan het behalen van een onvoldoende resultaat op een ingangstoets

Aantal thuiszorgorganisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	10	15,2
Respons (n)	56	84,8

<i>Consequenties</i>	<i>Abs.</i>	<i>% van n</i>
Niet van toepassing (geen ingangstoets)	37	66,1
(Laten) aanvullen van ontbrekende kennis / vaardigheden, waarna opnieuw toetsing	13	23,2
(Laten) aanvullen van ontbrekende kennis / vaardigheden, waarna geen toetsing	2	3,6
Geen consequenties	4	7,1

Beschouwing en conclusie

Het was in 1998 niet gebruikelijk om in het kader van introductie van nieuwe medewerkers een ingangstoets af te nemen. Als dat wel gebeurde, werd in de meeste gevallen de medewerker gelegenheid geboden de ontbrekende kennis en/of vaardigheden aan te vullen, waarna hertoetsing plaats vond.

2.11.3 Periodieke kennis- en vaardigheidstoetsen (vraag 114 t/m vraag 116)

Resultaat (tabel 95)

Bijna driekwart van de thuiszorgorganisaties voerde in 1998 geen periodieke toetsingen uit. Bij de 15 organisaties die deze toetsing wel uitvoerden, ging de toets bijna altijd over het Rijksvaccinatieprogramma (14 maal een kennistoets en 11 maal een vaardigheidstoets voor verpleegkundigen). Toetsing van andere disciplines en/of op andere OKZ-onderwerpen kwam nauwelijks voor. Twaalf van de 15 organisaties hadden de termijn opgegeven waarbinnen de periodieke toetsing werd herhaald. Drie organisaties deden de periodieke toetsing jaarlijks, vijf organisaties om het jaar, twee organisaties elke drie jaar en twee organisaties elke vijf jaar.

Het was bij de respondenten gebruikelijk de kosten van de ingangs- en periodieke toetsingen ten laste te brengen van het status aparte budget (tabel 96).

Tabel 95 Aantal organisaties dat periodiek kennis en/of vaardigheidstoetsen afneemt bij nieuwe OKZ-medewerkers

	Abs	% van N
Aantal organisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	10	15,2
Respons (n)	56	84,8
<i>Periodieke toetsing</i>		% van n
Nee	41	73,2
Ja	15	26,8

Tabel 96 Financiering van de ingangs- en periodieke toetsingen

	Abs	% van N
Aantal organisaties (N)	66	100,0
Informatie niet beschikbaar	10	15,2
Respons (n)	56	84,8
<i>Budget</i>		% van n
Niet van toepassing (geen toetsing)	35	62,5
Ten laste van het status aparte budget	20	35,7
Niet ten laste van het status aparte budget	1	1,8

Beschouwing en conclusie

Vergelijking met voorgaande jaren was niet mogelijk, omdat de vraag over ingangs- en periodieke toetsing voor het eerst in 1998 is gesteld.

In het kader van de Wet BIG en de daaruit voortvloeiende eisen voor herregistratie en met het oog op steeds hogere eisen die gesteld worden aan de kwaliteitsborging van de zorgverlening, zou toetsing bij indiensttreding en periodiek daarna een belangrijk instrument moeten zijn.

Geconcludeerd wordt dat het beleid dienaangaande in 1998 bij de meeste thuiszorgorganisaties nog niet ontwikkeld was.

2.11.4 Verplicht gestelde externe scholing voor consultatiebureauartsen in dienstverband (vragen 117 t/m 119)

Resultaat (tabel 97)

Tabel 97 verschaft een overzicht van de verplichte bijscholing die consultatiebureauartsen in dienstverband in de jaren 1995 tot en met 1998 moesten volgen. De gegevens van 1995 zijn ontleend aan het Evaluatieonderzoek JGZ 1996 (*Op weg naar volwassenheid*). De respons was in 1998 lager (74%) dan in 1996 (87%). In de kolommen betekent "25 in 3" dat in 3 organisaties in totaal 25 artsen met de desbetreffende opleiding zijn begonnen.

Tabel 97 Verplicht gestelde externe opleidingen voor consultatiebureauartsen in dienstverband, 1995 – 1998

	1995	1996	1997	1998*
Aantal organisaties	68 (100,0%)			66 (100,0%)
Informatie niet beschikbaar	9 (13,2%)			17 (25,8%)
Respons	59 (86,8%)			49 (74,2%)
<i>Opleiding</i>				
Applicatiecursus voor consultatiebureauartsen	106 in 24	15 in 5	13 in 8	9 in 7
Sociale Geneeskunde, tak JGZ	7 in 7	7 in 4	9 in 5	3 in 1
VOV-training (1 ^{ste} keer)	236 in 26	61 in 14	27 in 11	33 in 9
VOV-training (herhaling)	116 in 9	19 in 4	91 in 13	57 in 10
Ewing-training (1 ^{ste} keer)	1 in 1	2 in 1	2 in 1	3 in 2
Ewing-training (herhaling)	—	2 in 1	2 in 1	3 in 2
CAPAS-training (1 ^{ste} keer)	32 in 19	9 in 5	10 in 6	4 in 3
CAPAS-training (herhaling)	14 in 10	3 in 2	13 in 5	21 in 3
Instructeurcursus Van Wiechen	21 in 10	16 in 13	15 in 14	3 in 2
Gemiddeld aantal artsen in opleiding per organisatie	9,0	2,7	3,7	2,8

* Gegevens betreffen alleen het eerste halfjaar van 1998

Tabel 97 laat zien dat het gemiddeld aantal consultatiebureauartsen in dienstverband dat verplicht een bijscholing volgde tussen 1995 en 1997 was afgenomen van 9 naar 3,7. Bij beschouwing van het aantal van 1998 (2,8) moet rekening gehouden met het feit, dat deze gegevens slechts het eerste halfjaar betroffen.

Beschouwing en conclusie

Een daling van het aantal artsen dat een bijscholing heeft gevolgd, hoeft niet te betekenen dat het bijscholingsbeleid is verslechterd. Het is duidelijk dat als een organisatie het ene jaar alle artsen die daarvoor in aanmerking komen een bijscholing heeft laten volgen, dat dit het jaar daarna niet meer zal gebeuren. Per organisatie kunnen daarom over de jaren heen grote schommelingen worden verwacht.

Het lagere percentage organisaties dat in 1998 verplichte bijscholingen aanbood, kon echter wel uitgelegd worden als een verslechtering van het bijscholingsbeleid. Het percentage was in 1995 al niet al te hoog (38%), maar daalde een jaar later verder tot 24%.

Zie verder de conclusie bij § 2.11.6.

2.11.5 Verdeling van de kosten van verplichte bijscholing over werkgever en consultatiebureauarts in dienstverband (vraag 118)

Resultaat (tabel 98)

Vergelijking met 1996 was niet mogelijk. De respons bleef in 1998 met 74% juist onder de grens van 'voldoende'. Van de respondenten had één op de vijf geen beleid vastgesteld ten aanzien van de betaling van de kosten van verplichte scholing. In 1998 kwamen de kosten van de 167 gemelde verplichte scholingen in 127 gevallen (76%) volledig voor rekening van de werkgever, terwijl 14% volledig door de werknemer moest worden betaald.

Tabel 98 Verdeling van de kosten over werkgevers en werknemers van verplicht gestelde opleidingen voor consultatiebureauartsen in dienstverband, 1998

Aantal organisaties (N)	66 (100,0%)				
Informatie niet beschikbaar	17 (25,8%)				
Respons (n)	49 (74,2%)				
Geen beleid geformuleerd	10 (20,4% van n)				
<i>Opleiding</i>		A	B	C	D
Applicatiecursus voor consultatiebureauartsen		11	1	0	16
Sociale Geneeskunde, tak jeugdgezondheidszorg		1	0	3	7
VOV-training (1 ^{ste} keer)		33	3	0	0
VOV-training (herhaling)		26	3	0	0
Ewing-training (1 ^{ste} keer)		3	2	0	0
Ewing-training (herhaling)		4	2	0	0
CAPAS-training (1 ^{ste} keer)		13	1	0	0
CAPAS-training (herhaling)		10	1	0	0
Instructeurcursus Van Wiechen		26	1	0	0

A = Volledig voor rekening van de organisatie, ongeacht de omvang van het dienstverband van de cursist

B = Voor rekening van de organisatie naar rato van het dienstverband van de cursist

C = Volgens vaste procentuele verdeling gedragen door organisatie en cursist, onafhankelijk van het dienstverband

D = Volledig voor rekening van de cursist

Beschouwing en conclusie

Het certificaat van de verplichte *Applicatiecursus voor consultatiebureauartsen* verschaft de arts de formele bevoegdheid als consultatiebureauarts werkzaam te zijn binnen de OKZ.

Thuiszorgorganisatie mogen in principe geen onbevoegde artsen tewerkstellen. Het relatief hoog aantal artsen (16) dat de applicatiecursus volledig op eigen kosten moest volgen is dan ook opmerkelijk. Verwacht zou mogen worden – en de CAO Thuiszorg bepaalt dat ook – dat in het geval een thuiszorgorganisatie een onbevoegde arts wil aanstellen, de organisatie de arts in de gelegenheid stelt het vereiste certificaat binnen de kortst mogelijke termijn te behalen en op kosten van de organisatie.

2.11.6 Verplicht gestelde externe scholing voor consultatiebureauartsen op honorariumbasis (vragen 120 t/m 122)

Resultaat (tabel 99)

Tabel 99 geeft een overzicht van de verplichte bijscholing die consultatiebureauartsen op honorariumbasis in de jaren 1995 tot en met 1998 moesten volgen. De gegevens van 1995 zijn ontleend aan het Evaluatieonderzoek JGZ 1996 (*Op weg naar volwassenheid*). De respons was in 1998 lager (74%) dan in 1996 (87%). In de kolommen betekent “25 in 3” dat in 3 organisaties in totaal 25 artsen met de desbetreffende opleiding waren begonnen.

Tabel 99 laat zien dat het gemiddeld aantal consultatiebureauartsen op honorariumbasis dat verplicht een bijscholing volgde tussen 1995 en 1997 is afgenomen van 2,0 naar 1,2 in. Bij beschouwing van het aantal van 1998 (1,0) moet rekening gehouden met het feit, dat deze gegevens slechts het eerste halfjaar betroffen.

Tabel 99 Verplicht gestelde externe opleidingen voor consultatiebureauartsen op honorariumbasis, 1995 – 1998

	1995	1996	1997	1998
Aantal organisaties	68 (100,0%)			66 (100,0%)
Informatie niet beschikbaar	9 (13,2%)			17 (25,8%)
Respons	59 (86,8%)			49 (74,2%)
<i>Opleiding</i>				
Applicatiecursus voor consultatiebureauartsen	29 in 11	3 in 3	3 in 3	3 in 3
Sociale Geneeskunde, tak JGZ	—	—	—	—
VOV-training (1 ^{ste} keer)	47 in 8	33 in 7	31 in 9	16 in 4
VOV-training (herhaling)	12 in 5	—	13 in 4	28 in 4
Ewing-training (1 ^{ste} keer)	19 in 10	—	—	—
Ewing-training (herhaling)	—	—	—	—
CAPAS-training (1 ^{ste} keer)	—	—	—	—
CAPAS-training (herhaling)	—	—	—	—
Instructeurcursus Van Wiechen	12 in 2	1 in 1	12 in 1	—
Gemiddeld aantal artsen in opleiding per organisatie	2,0	0,8	1,2	1,0

Beschouwing en conclusie

Een daling van het aantal artsen dat een bijscholing heeft gevolgd, hoeft niet te betekenen dat het bijscholingsbeleid is verslechterd. Het is duidelijk dat als een organisatie het ene jaar alle artsen die daarvoor in aanmerking komen een bijscholing laat volgen, dat het jaar daarna niet meer hoeft te gebeuren. Ook kan een scholing na verloop van tijd vervallen (Ewing-gehoorscreening). Per organisatie kunnen daarom over de jaren heen grote schommelingen worden verwacht.

Het ten opzichte van 1995 gedaalde percentage organisaties dat in 1997 verplichte scholing aanbood, kan echter wel uitgelegd worden als een verslechtering van het scholingsbeleid. Het percentage daalde van 53% in 1995 naar 41% in 1997.

Vergelijking van de resultaten met betrekking tot de consultatiebureauartsen in dienstverband met die van de artsen op honorariumbasis laat zien dat de laatstgenoemden minder werden bijgeschoold dan de eerstgenoemden. Tabel 77 (§ 2.9.3) laat zien dat het aantal artsen op honorariumbasis, waaronder ook de huisartsen, ongeveer de helft uitmaakten van alle consultatiebureauartsen. Als thuiszorgorganisaties hetzelfde scholingsbeleid zouden hebben gevoerd voor beide categorieën artsen, dan zouden de resultaten bij de artsen op honorariumbasis ongeveer de helft moeten zijn geweest van die van de artsen in dienstverband. Die cijfers lagen echter veel lager.

Geconcludeerd wordt dat artsen op honorariumbasis, waaronder huisartsen, minder verplicht werden tot scholing en nascholing. Verder kan de conclusie getrokken worden dat het aantal organisaties dat in 1997 artsen verplicht scholing liet volgen was afgenomen ten opzichte van 1995. Ten derde bleek dat het gemiddeld aantal artsen dat per organisatie een scholing volgde over de jaren was afgenomen.

Deze bevindingen konden niet anders uitgelegd worden dan als een verslechtering van het bijscholingsbeleid en het creëren van kwaliteitsverschillen tussen twee categorieën artsen die dezelfde werkzaamheden moeten verrichten en dus dezelfde kwaliteit zouden moeten leveren.

2.11.7 Verdeling van de kosten van verplichte bijscholing over werkgever en consultatiebureauarts op honorariumbasis (vraag 118)

Resultaat (tabel 100)

De respons was laag (61%). Bijna één op de vier respondenten had geen beleid geformuleerd ten aanzien van de betaling van verplicht gestelde scholing. In 1998 werd 55% van de gemelde bijscholingen voor artsen op honorariumbasis volledig door de organisatie betaald, terwijl 44% daarvan volledig voor rekening van de werknemer kwam.

Tabel 100 Verdeling van de kosten over werkgevers en werknemers van verplicht gestelde opleidingen voor consultatiebureauartsen op honorariumbasis, 1998

Aantal organisaties (N)	66 (100,0%)				
Informatie niet beschikbaar	26 (39,4%)				
Respons (n)	40 (60,6%)				
Geen beleid geformuleerd	15 (37,5% van n)				
<i>Opleiding</i>		A	B	C	D
Applicatiecursus voor consultatiebureauartsen		3	—	—	11
Sociale Geneeskunde, tak jeugdgezondheidszorg		—	—	—	3
VOV-training (1 ^{ste} keer)		16	—	—	5
VOV-training (herhaling)		12	—	1	5
Ewing-training (1 ^{ste} keer)		—	—	—	1
Ewing-training (herhaling)		—	—	—	1
CAPAS-training (1 ^{ste} keer)		1	—	—	1
CAPAS-training (herhaling)		—	—	—	1
Instructeurcursus Van Wiechen		4	—	—	1

A = Volledig voor rekening van de organisatie, ongeacht de omvang van het dienstverband van de cursist

B = Voor rekening van de organisatie naar rato van het dienstverband van de cursist

C = Volgens vaste procentuele verdeling gedragen door organisatie en cursist, onafhankelijk van het dienstverband

D = Volledig voor rekening van de cursist

Beschouwing en conclusie

Uit de resultaten van het huidige onderzoek kon worden geconcludeerd, dat artsen die op honorariumbasis werken slechter af waren met scholing dan hun collegae die in dienstverband werkten. Werd bij laatstgenoemden 76% van de verplichte scholingen volledig door de organisatie betaald, bij de artsen op honorariumbasis gold dit slechts voor 55% van de gevallen. Omgekeerd moesten artsen op honorariumbasis 44% van de verplichte bijscholingen geheel zelf betalen, terwijl dat door artsen in dienstverband maar voor 14% van het scholingsaanbod gold. Ook deze verschillen in vergoeding werkten een kwaliteitsverschil in de hand, omdat aangenomen mag worden, dat dit kon leiden tot een mindere bereidheid en daarmee uitstel van het volgen van scholing door honorariumartsen.

2.11.9 Medewerking door thuiszorgorganisaties aan opleiding en scholing van niet-werknemers (medische opleidingen) (vraag 123 en vraag 124)

Resultaat (tabel 101)

Tabel 101 verschaft een overzicht van de medische opleidingen waaraan thuiszorgorganisaties op een of andere manier hun medewerking hadden verleend. De meeste uren gingen zitten in de *Applicatiecursus voor consultatiebureauartsen* en de opleiding tot basisarts.

Tabel 101 Tijdsbesteding aan en ontvangen vergoeding voor het verlenen van stagebegeleiding, scriptiebegeleiding en lesgeven ten behoeve van medische opleidingen, 1997

Opleiding en activiteit	n	Bestede uren				Vergoeding		
		Spreiding	Totaal	Gemid	Med.	Geen	NKD	KD
<i>Basisarts</i>								
Stage	21	1 – 360	1706	81	38	12	9	
Scriptie	2		4			1	1	
Lesgeven	3		8				1	2
<i>Kinderarts</i>								
Stage	4	2 – 80	126			3		1
Scriptie	1		16					
Lesgeven	2	2 – 16	18			1		
<i>Applicatiecursus</i>								
Stage	32	1 – 576	2072	65	23	24	8	
Scriptie	3		10			3		
Lesgeven	4	2 – 12	21			1		3
<i>Soc. Geneesk. JGZ</i>								
Stage	11	1 – 20	102	9	8	10	1	
Scriptie	3	1 – 20	23			3		
Lesgeven	2	2 – 16	18					2
<i>Verloskundige</i>								
Stage	2	2 – 360	364					
Scriptie	1		2					
Lesgeven	1		2					
<i>Arts asielzoekerscentr.</i>								
Stage	1		2					
Scriptie	1		20					
Lesgeven	1		2					

NKD = niet kostendekkend

KD = kostendekkend

Beschouwing en conclusie

Het verlenen van medewerking aan voor de OKZ relevante opleidingen gebeurde in 1997 op minder grote schaal dan in 1995. Behalve voor docentschappen waren de vergoedingen, als die al ontvangen werden, nooit kostendekkend. Het tekort werd zonder uitzondering uit het status aparte budget gefinancierd, waardoor deze investeringen niet meer beschikbaar waren voor de uitvoering van het standaard zorgpakket.

2.11.10 Medewerking door thuiszorgorganisaties aan opleiding en scholing van niet-werknemers (verpleegkundige opleidingen) (vraag 123 en vraag 124)

Resultaat (tabel 102)

Tabel 102 verschaft een overzicht van de verpleegkundige opleidingen waaraan thuiszorgorganisaties op een of andere manier in 1997 hun medewerking hadden verleend. De meeste uren gingen zitten in de HBOV- en MGZ-opleiding. De lasten van deze activiteiten bleken ongelijk verdeeld over de thuiszorgorganisaties.

Tabel 102 Tijdsbesteding aan, en ontvangen vergoeding voor het verlenen van stagebegeleiding, scriptiebegeleiding en lesgeven ten behoeve van verpleegkundige opleidingen, 1997

Opleiding en activiteit	n	Bestede uren				Vergoeding		
		Spreiding	Totaal	Gemid	Med.	Geen	NKD	KD
<i>Verpleegkunde MBOV</i>								
Stage	3	2 – 130	175					
Scriptie	0							
Lesgeven	1		4					
<i>Verpleegkunde HBOV</i>								
Stage	24	1 – 3552	15239	635	150	21	3	
Scriptie	2	2 – 40	42			2		
Lesgeven	2	4 - 6	10				2	
<i>Specialisatie MGZ</i>								
Stage	8	20 – 1248	2383	298	110	8		
Scriptie	0							
Lesgeven	1		2					
<i>Post-HBO JGZ</i>								
Stage	0							
Scriptie	0							
Lesgeven	0							
<i>Verplegingswetenschap</i>								
Stage	1		1					
Scriptie	0							
Lesgeven	0							
<i>Specialiatie A-opleiding</i>								
Stage	18	3 – 400	1222	68	24	16	1	1
Scriptie	0							
Lesgeven	6	4 – 31	77	13	9	2	2	2
<i>Kraamverzorgende</i>								
Stage	4	200 – 9360	11070			4		
Scriptie	0							
Lesgeven	2	3 – 8	11			2		

NKD = niet kostendekkend

KD = kostendekkend

Beschouwing en conclusie

Het verlenen van medewerking aan voor de OKZ relevante verpleegkundige en verzorgende opleidingen gebeurde in 1997 op een veel kleinere schaal dan in 1995. In 1997 verleenden 57 en 45 organisaties hun medewerking aan respectievelijk HBOV- en MGZ- opleidingen.

De lasten waren ongelijk verdeeld. De kosten kwamen vrijwel altijd ten laste van de organisatie die de stage verleende. Behalve voor de opleiding voor kraamverzorgenden werden de tekorten zonder uitzondering uit het status aparte budget gefinancierd. In deze situatie is niets veranderd ten opzichte van 1996. Door het ten laste brengen van het statusaparte budget kwam voor de desbetreffende organisaties minder beschikbaar voor de uitvoering van het standaard OKZ-aanbod.

Literatuur

Besluit van 12 oktober 1992, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 2, derde lid; 3 en 6 tweede lid, van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Stb.1990, 300) (Bestluit collectieve preventie volksgezondheid). Staatsblad 1992, no 569

Besluit van 15 november 1996, houdende een algemene maatregel van bestuur (AmvB Thuiszorg). Staatsblad 1996, no 595

Burgmeijer RJF (red). Zorgpakket Ouder- en Kindzorg. Inhoud en achtergronden van de ouder- en kindzorg. Bunnik: Landelijke vereniging voor Thuiszorg, 1995

Burgmeijer RJF. Inventarisatie van belangrijke ontwikkelingen binnen de ouder- en kindzorg in de periode 1989 tot en met 1995. TNO-rapport 69.019. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1996

Burgmeijer RJF, Filedt Kok-Weimar T, Geenhuizen YM van, Jager AM de. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996. Leiden / Maarssen: TNO Preventie en Gezondheid / KPMG, 1997

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Allochtonen in Nederland volgens de beperkte definitie, 1 januari 1998. Mndstat bevolk 1998;11:24-52

Commissie Kwaliteitsprofielen Collectieve Preventie (Commissie Pieters). Kwaliteitsprofielen Collectieve Preventie. Rijswijk: Ministerie WVC, januari 1994

Commissie Versterking Collectieve Preventie (Commissie Lemstra). Gemeentelijk Gezondheidsbeleid beter op zijn plaats. Advies van de Commissie Versterking Collectieve Preventie. Rijswijk: Ministerie van VWS, november 1996

Geenhuizen YM van, Ooijendijk WTM, Griffioen HP, Kastelein M, Davidse W, Meulmeester JF, Giessen JWG van, Lapré RM. De werking van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Utrecht / Leiden, KPMG / NIPG-TNO, 199

GHI (Geneeskundige Hoofdinspectie). Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, kwaliteit en kwantiteit. Samenvatting van het onderzoek in de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar door de Geneeskundige Inspectie van de Gezondheidszorg in vijf provincies. Rijswijk: GHI, juni 1991

LFC. Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsen Verenigingen) Zwartboek Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar (1997). Amstelveen: LFC, 17 december 1997

LVGGD (Landelijke Vereniging voor GGD'en). Brief d.d. 19 januari 1997 (018-TC-600) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal inzake "Reactie op standpunt minister m.b.t. de evaluatie JGZ".

LVGGD (Landelijke Vereniging voor GGD'en). Brief d.d. 30 mei 1997 (767-TC-770) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake "Rapport KPMG en TNO-PG".

Meulmeester JF, Peters CE. Jeugdgezondheidszorg: organisatie en inhoud; een vergelijkend onderzoek in Amsterdam, een grote stad in de randstad en vier landelijke gebieden. Leiden: NIPG-TNO, 1993

NVJG (Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg). Brief d.d. 30 mei 1997 (97-102/20.7) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake "Reactie op 'Op weg naar volwassenheid'".

Palm I, Bulk-Bunschoten, A. Een ongelijke start. Tweedeling in de ouder- en kindzorg door financiële drempels en verschraling. Rotterdam: Comité Zorg voor iedereen, maart 1998

Project Basistaken Collectieve Preventie. Hoofdpijnen Adviezen Basistaken Collectieve Preventie. Den Haag: PBCP, 14 juli 1998

Project Basistaken Collectieve Preventie. Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Jeugdgezondheidszorg Deel 1. Den Haag: PBCP, 14 juli 1998

Project Basistaken Collectieve Preventie. Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Jeugdgezondheidszorg Deel 2. Den Haag: PBCP, 14 juli 1998

Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toegang vrij? Onderzoek naar de mogelijke gevolgen van de toegangsbijdrage op de toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen. Rijswijk: IGZ, oktober 1997

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1991-1992. Stuk 23 608 No. 1. Brief d.d. 2 februari 1992 van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal inzake "Positionering van de jeugdgezondheidszorg 0-4-jarigen. .

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1991-1992. Stuk 22 300 XVI, No. 102. Brief van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur d.d. 24 februari 1992.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1996-1997. Aanhangsel van de Handelingen. Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden. No. 1673: Vragen van het lid Marijnissen (SP) over de preventieve gezondheidsonderzoeken bij scholieren, ingezonden 17 juli 1997.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1997-1998. Aanhangsel van de Handelingen. Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden. No. 584: Vragen van het lid Marijnissen (SP) over bezuinigingen in de ouder- en kindzorg, ingezonden 29 december 1997.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1997-1998. Jeugdzorg 1998 - 2001. Stuk 25 619, No.6. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29 januari 1998.

VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten). Brief d.d. 22 januari 1998 (MAV/800057) aan de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit de Tweede Kamer der Staten Generaal inzake "Brief van 31 oktober jl. van Minister Borst aan de Tweede Kamer aangaande Standpunt Evaluatie JGZ"

VWS. Brief d.d. 20 mei 1997 (GZB GZ 97-2773) van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer inzake "Standpunt Collectieve Preventie".

VWS. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 oktober 1997 (GZB\GZ97-6375) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal inzake "Standpunt Evaluatie JGZ".

Wassenaar J, Sanden ALM van der, Pijpers FIM (red). Zorgen voor jeugd. Basispakket. Den Haag: VNG-uitgeverij, 1995

Wet van 25 mei 1990, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid (Wet collectieve preventie volksgezondheid). Staatsblad 1990 no. 300

Zoomers HCM. Evaluatie van de jeugdgezondheidszorg. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1997;29:17-18

Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht van thuiszorgorganisaties, alfabetisch op plaats hoofdvestiging

Toelichting: In de kolom "code" staat het nummer dat zowel in 1996 als 1998 voor de genoemde organisatie is gebruikt. Sommige organisaties zijn gefuseerd en/of van naam veranderd. Ook kan de plaats van de hoofdvestiging zijn gewijzigd. Deze wijzigingen zijn in de tabel aangegeven met →.

De betekenis van de symbolen in de kolom "respons" is:

- 0 enquête niet ontvangen
- = blanco enquête ontvangen
- + gedeeltelijk of geheel ingevulde enquête ontvangen
- * één gezamenlijke enquête ontvangen wegens fusie
- ** twee afzonderlijke enquêtes ontvangen, ondanks fusie

	Co- de	Naam organisatie	Plaats	1996	1998
1	01	Regionale Thuiszorg	Alkmaar	0	0
2	02	Thuiszorg Noordwest Twente	Almelo	+	+
3	75	Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere	Almere	+	+
4	06	Stichting Thuiszorg Amstelland en Meerlanden	Amstelveen	+	+
5	04	Stichting Amsterdams Kruiswerk → Amsterdam Thuiszorg	Amsterdam	0	+
6	74	GG&GD Amsterdam	Amsterdam	+	+
7	07	Stichting Thuiszorg Oost-Veluwe	Apeldoorn	+	+
8	08	Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland	Arnhem	+	=
9	09	Thuiszorg Drenthe (Pantheon-groep)	Assen	+	+
10	10	Stichting Thuiszorg Ommelanden → Stichting Thuiszorg Groningen	Bedum → Groningen	+	**
11	12	Thuiszorg IJmond	Beverwijk	+	+
12	13	Kruiswerk Gezinszorg Breda e.o.	Breda	0	+
13	14	De Capelse Kruisvereniging	Capelle a/d IJssel	0	+
14	15	Stichting Maatzorg	Delft	+	+
15	16	Kruisw. de Bossche Meijerij → Thuiszorg Regio 's-Hertogenbosch	Den Bosch	+	+
16	17	Thuiszorg Den Haag	Den Haag	+	+
17	18	Kruiswerk Kop van Noord-Holland → Thuiszorg Beheer	Den Helder	+	+
18	19	Stichting Thuiszorg Zuidwest Overijssel	Deventer	+	0
19	20	Zorg Groep Oost-Gelderland	Doetinchem	+	+
20	21	Stichting Thuiszorg De Friese Wouden	Drachten	+	+
21	22	Kruisorganisatie Zuidoost Utrecht → Zorgservice Vitras	Driebergen	+	+
22	23	Kruiswerk West-Veluwe	Ede	+	=
23	24	Stichting Thuiszorg Eindhoven	Eindhoven	+	+
24	26	Thuiszorg Enschede-Haaksbergen	Enschede	0	0
25	27	Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk Werk Rivierenland	Geldermalsen	+	+
26	28	Stichting Oosterschelde Thuiszorg	Goes	+	+
27	29	Waardse Rading	Gorinchem	+	+

28	30	Stichting De Vierstroom	Gouda	+	+
29	31	Thuiszorg Stad Groningen → Stichting Thuiszorg Groningen	Groningen	+	+
30	32	Kruiswerk Zuid-Kennemerland → Kennemer Thuiszorg	Haarlem	0	+
31	53	Thuiszorg Veluwe	Harderwijk	+	+
32	35	Stichting Thuiszorg Oostelijk Zuid-Limburg	Heerlen	0	+
33	36	Stichting Thuiszorg Peelland → Zorgboog Kruiswerk Peelland	Helmond	+	+
34	37	Thuiszorg Centraal Twente	Hengelo	+	+
35	38	Stichting Kruiswerk Noordoost Utrecht → St. Thuiszorg Eemland	Hoogland → A'foort	+	+
36	39	Stichting Kruiswerk Westfriesland	Hoorn	+	+
37	40	Thuiszorg Gooi en Vechtstreek	Huizen	+	+
38	41	Kruiswerk Rijn en Duin → Stichting Rijn Duin en Bollenstreek	Katwijk	+	+
39	42	Thuiszorg Het Friese Land	Leeuwarden	+	+
40	76	Thuiszorg Groot Rijnland	Leiden	*	+
41	43	Thuiszorg Flevoland (Pantheon-groep)	Lelystad	+	+
42	44	Weide Sticht	Maarssen	+	+
43	45	Stichting Groene Kruis Heuvelland	Maastricht	+	+
44	46	Stichting Thuiszorg Walcheren	Middelburg	+	=
45	47	Stichting T&D → Zorgservice Vitras	N'gein → Drieb.	+	+
46	48	Kruisvereniging Zuid-Gelderland	Nijmegen	+	+
47	50	Thuiszorg Salland	Ommen	0	+
48	51	Stichting Regionaal Kruiswerk Mark en Maas	Oosterhout	+	+
49	52	Thuiszorg Zaanstreek Waterland	Purmerend	+	=
50	54	Stichting Thuiszorg Horst en Vlietstreek	Rijswijk	+	+
51	55	Stichting Thuiszorg Midden-Limburg	Roermond	+	+
52	56	Kruiswerk West-Brabant	Roosendaal	+	+
53	57	Thuiszorg Rotterdam	Rotterdam	+	0
54	58	Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord	Schiedam	+	+
55	59	Thuiszorg Westelijke Mijnstreek	Sittard	+	+
56	60	Stichting Thuiszorg Zuidwest Friesland	Sneek	+	+
57	61	Kruiswerk Zuidhollandse Eilanden → Zorg en Welzijn Groep	Spijkenisse	+	+
58	62	Regionale Thuiszorg Het Oude en het Nieuwe Land	Steenwijk	0	+
59	63	Stichting Thuiszorg Zeeuws Vlaanderen	Terneuzen	+	+
60	64	Thuiszorg Midden Brabant	Tilburg	+	+
61	65	Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost	Uden	+	0
63	66	Thuiszorg Stad Utrecht	Utrecht	+	+
64	67	Regionale Kruisvereniging Oost-Groningen → Thuisz. Groningen	Veendam → Gron.	+	**
65	68	Stichting Het Groene Kruis Noord-Limburg	Venlo	+	+
66	69	Stichting Kruiswerk De Kempen → Thuiszorg Kempenstreek	Waalre → Veldh'ven	+	+
67	71	Stichting Thuiszorg Zoetermeer e.o.	Zoetermeer	0	+
68	72	Stichting Opmaat	Zwijndrecht	+	+
69	73	Thuiszorg IJssel Zwartewater (Pantheon-groep)	Zwolle	+	=

Bijlage 2 Overzicht van de respons per vraag

Toelichting: In de kolom '1998' staat de respons per afzonderlijk onderdeel van het huidige onderzoek in procenten vermeld. Dit percentage is berekend op het totaal aantal thuiszorgorganisaties in Nederland dat in 1998 OKZ aanbood (N= 66). In de kolom 'verschil' staat aangegeven hoeveel hoger (+) of hoeveel lager (-) de respons in 1998 was ten opzichte van 1996. Indien in deze kolom niets is ingevuld, was vergelijking niet mogelijk, omdat het desbetreffende onderdeel in 1996 niet was onderzocht.

De respons kan nooit hoger zijn dan 84,8%, omdat van 10 organisaties de vragenlijst niet, dan wel blanco was ontvangen (zie bijlage 1). Een respons van 75% of hoger wordt voldoende geacht. Deze percentages zijn in het overzicht vet weergegeven.

Onderdeel van de vragenlijst	Respons (%)	
	1998	Verschil
Sectie 1: Demografie		
Aantal inwoners in het werkgebied	74,4	- 6,0
Aantal nieuwgeborenen in het werkgebied	74,2	- 11,1
Aantal aanwezige peuters in het werkgebied	71,2	- 3,8
Gehanteerde definitie van 'allochtoon'	57,6	
Aantal aanwezige allochtone zuigelingen in het werkgebied	9,1	- 7,1
Aantal aanwezige allochtone peuters in het werkgebied	3,0	
Sectie 2: Bereik		
Criteria om zuigelingen uit te schrijven	60,6	
Criteria om peuters uit te schrijven	83,3	
Aantal zuigelingen in zorg	68,2	- 15,6
Aantal allochtone zuigelingen in zorg	14,3	- 4,3
Aantal peuters in zorg	71,2	- 9,7
Aantal allochtone peuters in zorg	6,1	-5,7
Beleid na eenmalig niet verschijnen zonder bericht	81,8	+ 22,9
Beleid na herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht	78,8	
Beleid na eenmalig niet verschijnen zonder bericht door allochtonen	77,3	
Beleid na herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht door allochtonen	54,5	
Beleidsverandering ten aanzien van eenmalig niet verschijnen zonder bericht	54,5	
Beleidsverandering ten aanzien van herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht	54,5	
Opgave van redenen waarom zuigelingen niet in zorg zijn	6,0	
Opgave van redenen waarom peuters niet in zorg zijn	1,5	
Inlichten van de huisarts na staken zorgverlening wegens niet verschijnen	80,3	
Inlichten van de huisarts na staken zorg wegen niet betalen toegangsbijdrage	66,7	+ 31,3

Sectie 3: Organisatie		
Inbedding van de OKZ in de organisatie	52,8	- 31,9
Lidmaatschap LVT c.q. LVGGD	83,3	
Aansluiting bij LCOKZ	83,3	
Sectie 4: Normering en productie		
Normtijd zuigelingenconsult door CB-artsen	75,8	+ 8,2
Normtijd zuigelingenconsult door verpleegkundige	77,3	+ 2,3
Normtijd peuterconsult door CB-artsen	75,8	+ 9,7
Normtijd peuterconsult door verpleegkundigen	71,2	+ 0,6
Gerealiseerde gemiddelde consulttijd door CB-artsen (zuigelingen)	28,8	+ 3,8
Gerealiseerde gemiddelde consultuur door verpleegkundigen (zuigelingen)	28,8	- 9,4
Gerealiseerde gemiddelde consultduur door CB-artsen (peuters)	25,8	+ 5,2
Gerealiseerde gemiddelde consultduur door verpleegkundigen (peuters)	25,8	- 8,0
Uitbetaling bij overschrijding van de normtijd	83,8	
Bijstelling van de normtijd na overschrijding	83,8	
Uitvoering huisbezoek voor de hielprik	81,8	- 5,0
Normtijd voor een zuigelingenhuisbezoek	47,0	- 36,8
Aantal gerealiseerde zuigelingenhuisbezoeken	47,0	- 3,0
Aantal gerealiseerde peuterhuisbezoeken	31,8	- 10,8
Veranderingen in het oproepschema voor zuigelingen	33,3	
Veranderingen in het oproepschema voor peuters	33,3	
Aantal gerealiseerde zuigelingenconsulten	36,4	- 19,5
Aantal gerealiseerde peuterconsulten	33,3	- 42,6
Sectie 5: Toegankelijkheid		
Aantal voor OKZ in gebruik zijnde locaties	83,3	- 3,5
Aantal afgestoten locaties	65,2	- 3,9
Redenen voor het afstoten van locaties	84,8	
Voornemens tot het afstoten van locaties	74,2	
Vervangende voorzieningen voor afgestoten locaties	84,8	- 2,0
Criteria voor bereikbaarheid	65,2	- 21,6
Telefonische bereikbaarheid	84,8	
Beleid na uitblijven betaling toegangsbijdrage	77,3	- 9,5
Sectie 6: OKZ-beleid		
Beschikbaarheid beleidsplan OKZ	84,8	- 2,0
Periode waarin het beleidsplan is vastgestel	83,3	- 3,5
Niveau waarop het beleidsplan is vastgesteld	84,8	+ 1,0
Beschikbaarheid jaarplan OKZ	84,8	- 2,0
Beschikbaarheid productomschrijving	84,8	- 2,0
Overeenkomst productomschrijving met LVT-pakket	83,3	- 0,5
Redenen om van het LVT-pakket af te wijken	83,3	- 0,5

Sectie 7: Zorgaanbod

Overzicht producten en productgroepen	84,8
Protocollaire uitvoering van het zorgaanbod	81,8
Zorgaanbod dat buiten het LVT-pakket valt	74,2

Sectie 8: Personeel

Discipline / opleiding van het Hoofd OKZ	75,8	- 0,2
Formatie staffunctionarissen	78,8	- 8,0
Verdeling van de formatie staffuncties	78,8	- 3,6
Formatie uitvoerende functionarissen	69,7	- 9,7
Door verpleegkundigen uitgevoerde taken buiten het standaardaanbod	80,3	
FTE verpleegkundigen, ingezet op voorlichting aan zwangeren	48,5	
FTE verpleegkundigen, ingezet bij verpleging en verzorging van zieke kinderen	53,0	
FTE verpleegkundigen, ingezet bij pedagogische ondersteuning	43,9	

Sectie 9: Verdeling status aparte budget

Interne budgettering van het status aparte budget	69,7	+ 6,1
Opgave van het bedrag van het status aparte budget	68,2	+ 4,6
Percentage van het status aparte budget dat toebedeeld wordt aan OKZ	68,2	+ 4,6
Verdeelsleutel over de status aparte producten	68,2	+ 4,6
Oordeel over de toereikendheid van het status aparte budget	60,6	

Sectie 10: Deskundigheidsbevordering

Introductieprogramma voor nieuwe medewerkers	45,5	- 26,6
Kennis- en vaardigheidstoetsen	84,4	
Verplicht gestelde externe (bij)scholing voor CB-artsen in dienstverband	74,2	- 12,2
Lastenverdeling verplichte bijscholing voor CB-artsen in dienstverband	74,2	
Verplicht gestelde (bij)scholing voor CB-artsen op honorariumbasis	74,2	- 12,6
Lastenverdeling verplichte bijscholing voor CB-artsen op honorariumbasis	60,6	
Medewerking aan opleiding van niet-werknemers	48,5	- 35,3

Bijlage 3. Toelichting: Voor het begrip 'allochtoon' is de zogenaamde beperkte definitie van het CBS gehanteerd. Een kind van de eerste generatie valt daaronder als het kind zelf en ten minste één van de ouders in het buitenland is geboren. Een kind van de tweede generatie valt daaronder als beide ouders in het land van herkomst zijn geboren.

Tabel B3-1 Vier groepen op 1-1-1998 in het GBA opgenomen allochtone personen van 0-14 jaar van de eerste en tweede generatie, per provincie met uitsluiting van de steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht (Bron: CBS)

Groep	Gr	Fr	Dr	Ov	Fl	Ge	Ut	NH	ZH	Zl	NB	Li
<i>1^{ste} Generatie</i>												
Turkije	111	44	43	500	138	851	535	1883	3880	79	921	336
Marokko	19	103	27	92	222	603	1268	3061	3430	56	825	399
Suriname	143	64	28	85	483	175	317	2833	3239	52	411	47
Antillen	287	144	42	206	303	317	246	1272	2922	119	722	193
<i>2^{de} Generatie</i>												
Turkije	1018	292	321	8046	663	8708	5348	15720	25076	680	10741	2363
Marokko	237	514	304	814	1394	4183	9528	19046	22150	481	8370	3449
Suriname	731	414	173	659	2120	1309	2263	16021	24075	332	2560	346
Antillen	297	88	48	218	428	444	460	2095	4277	126	1088	274
TOTAAL	2843	1663	986	10620	5751	16590	19965	61931	89049	1925	25638	7407

Tabel B3-2 Vier groepen op 1-1-1998 in het GBA opgenomen allochtone personen van 0-14 jaar van de eerste en tweede generatie in de steden Amsterdam (AMS), Den Haag (DHG), Rotterdam (RTM) en Utrecht (UTR) (Bron: CBS)

Groep	AMS	RTM	DHG	UTR
<i>1^{ste} Generatie</i>				
Turkije	1183	966	1544	243
Marokko	2304	1294	1092	822
Suriname	2380	1387	1086	147
Antillen	767	1293	546	48
<i>2^{de} Generatie</i>				
Turkije	8401	10673	6149	2950
Marokko	14868	8502	5378	5589
Suriname	13040	10100	8003	996
Antillen	1340	1969	762	140
TOTAAL	44283	36184	24560	10935

NOTITIES