

UXD

UXB

M 54 (2)

TNO-rapport

**INTERVENTIES VANUIT HET CONSULTATIE-
BUREAU VOOR ZUIGELINGEN EN PEUTERS**

**Een exploratieve studie naar extra CB-consulten, extra
huisbezoeken en verwijzingen in het kader van de
jeugdgezondheidszorg in de eerste twee levensjaren**

**NIPG-publikatienummer
93.015**

IBISSTAMBOEKNUMMER

7425

Maart 1993

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, 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 Onderzoeks-
opdrachten aan TNO', dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© TNO

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

09 JUN 1993

POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

**W.P. Herngreen
J.D. Reerink**

Nederlandse organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek

TNO-Gezondheidsonderzoek stelt zich ten doel bij te dragen
aan de verbetering van preventie en behandeling van ziekten
en afwijkingen door het toepasbaar maken van kennis op
medisch biologisch, psychosociaal en epidemiologisch
gebied ten behoeve van de volksgezondheid en de
gezondheidszorg.



Op opdrachten aan TNO zijn van toepassing de Algemene
Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO,
zoals gedeponeerd bij de Arrondissementsrechtbank
en de Kamer van Koophandel te 's-Gravenhage.

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56, Leiden
Postadres:
Postbus 124,
2300 AC LEIDEN

Telefoon: 071 - 18 11 81

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 21.-- (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 93.015.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Herngreen, W.P.

Interventies vanuit het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters: een exploratieve studie naar extra CB-consulten, extra huisbezoeken en verwijzingen in het kader van de jeugdgezondheidszorg in de eerste twee levensjaren / W.P. Herngreen, J.D. Reerink. - Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO. - I11.

NIPG-publikatienr. 93.015. - Met lit. opg.

ISBN 90-6743-244-X

Trefw.: consultatiebureaus / jeugdgezondheidszorg.

© 1993 TNO

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.Nederlands Instituut

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de 'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeken en Ontwikkelingsopdrachten TNO 1979', dan wel de desbetreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.

WOLFF 3A 1085 101 210709

INHOUD	pagina
SAMENVATTING	i
1. INLEIDING	1
2. MATERIAAL EN METHODEN	3
3. RESULTATEN	5
4. BESPREKING EN CONCLUSIES	17
LITERATUUR	19
BIJLAGE	21

SAMENVATTING

Doel en opzet

In dit rapport wordt verslag gedaan van een exploratieve studie naar interventies vanuit het consultatiebureau (CB) voor zuigelingen en peuters bij een groep van ongeveer 2000 kinderen in de eerste twee levensjaren. Interventies zijn gedefinieerd als extra huisbezoeken door de wijkverpleegkundige van CB-teams, extra CB-consulten en huisbezoeken. De gegevens voor dit onderzoek zijn afkomstig van het project Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen (SMOCK). De vraagstelling betrof de frequentie van interventies in de eerste twee levensjaren, het bepalen van leeftijdsfasen waarin interventies het vaakst voorkomen, de relatie tussen achtergrondkenmerken en interventies, en de samenhang van verwijsadviezen vanuit CB's en gebruik van eerste en tweede lijns (medische en/of psychosociale) hulp.

De demografische en sociale kenmerken waren: sociaal-economische status, leeftijd en etniciteit van de moeder, urbanisatiegraad van het woongebied, gezinsgrootte en geboortegewicht. De verbanden tussen deze kenmerken en interventies worden gepresenteerd in kruistabellen. Met behulp van multiple logistische regressie analyses is nagegaan welke van de genoemde kenmerken met de interventies samenhangen.

Beantwoording van de vraagstelling

1. *Frequentie van interventies*

Extra CB-consulten zijn bij 492 (24,1%) kinderen voorgekomen; van deze kinderen was dit bij 21% (104/492) twee maal en bij 6% (28/492) drie of meer keren het geval. Extra huisbezoeken kwamen voor bij 208 (10,1%) van de kinderen. Verwijsadviezen werden gegeven bij 480 (23,6%) kinderen; van deze kinderen kwam dit bij 17% (81/480) twee keer en bij 3% (14/480) drie of meer keer voor. In totaal zijn bij 896 (44%) kinderen één of meer interventies geregistreerd.

2. *Leeftijd en interventies*

Extra CB-consulten kwamen met 8% van de kinderen vooral voor in de eerste zes levensmaanden. Daarna daalt dit percentage tot 2% à 3%. Ook extra huisbezoeken werden vooral afgelegd in de eerste levensmaanden (5% - < 2%). Verwijsadviezen werden het vaakst gegeven

in de periode tot en met zes maanden (2,5% - 6%), waarna het percentage daalde tot ongeveer 3% à 4%.

3. Samenhang met demografische en sociale kenmerken

De resultaten uit multivariate logistische regressie analyses met betrekking tot de samenhang tussen achtergrondskennmerken en het vóórkomen van interventies in de eerste twee levensjaren zijn samengevat in het overzicht. De weergegeven verbanden betreffen de gecorrigeerde odds ratio's van de variabelen die, na correctie voor alle andere, in de modellen aanwezig bleven.

Overzicht Samenhang tussen achtergrondskennmerken en interventies vanuit het CB in de eerste twee levensjaren.

kenmerk	extra CB	extra huisbezoek	verwijsadvies
SES	-	-	-
woongebied	-	minder vaak in stedelijke gebieden (p < 0,05)	minder vaak in plattelandsgebieden (n.s.)
leeftijd moeder	vaker bij < 30 jaar (n.s.)	-	-
etniciteit	mediterraan minder vaak (p < 0,005)	-	-
gezinsgrootte	vaker bij 1 (p < 0,05) of 2 kinderen (p < 0,005) dan bij meer dan 2 kinderen	vaker bij 1 kind dan bij 2 of meer kinderen (p < 0,05)	-
geboortegewicht	-	vaker bij laag geboortegewicht (p < 0,05)	-

4. Interventies en eerste- en tweede-lijns hulp

De samenhang tussen het aantal interventies en het gebruik van hulpverlening in de eerste twee levensjaren is in kwantitatieve zin onderzocht voor verwijsadviezen en het gebruik van eerste- en tweede lijns hulp in de intervallen die volgden op het onderzoekmoment waarin een advies gegeven werd. Kinderen met een verwijsadvies hebben in de periode tot de tweede verjaardag vaker medische en/of psycho-sociale hulp gehad dan niet verwezen kinderen. Met uitzondering van de verwijsadviezen op 9 maanden zijn de verschillen significant. In het tweede levensjaar komt gebruik van huisartsen en/of specialistische zorg relatief vaker voor.

Van de kinderen die wegens problematiek met betrekking tot de ontwikkeling werden verwezen had 45% om die reden ook contact met medische zorg (huisarts en/of specialist); voor afwijking van het bewegingsapparaat, ongeval/allergie/vaccinatie-reactie en overige reden zijn de percentages resp. 37%, 35% en 59%.

Conclusie

In de SMOCK-cohort zijn interventies meer in het eerste dan in het tweede levensjaar voorgekomen. Bijna een kwart van de kinderen kreeg een extra consult, en eveneens bijna een kwart een verwijsadvies. Extra huisbezoeken kwamen minder vaak voor. De sociaal-economische status van de moeder is, na correctie voor woongebied, leeftijd van de moeder, etniciteit, gezinsgrootte en geboortegewicht, niet significant geassocieerd met interventies. Kenmerken die duidelijk significant samenhangen met interventies waren etniciteit (minder vaak extra CB-consult bij moeders van mediterrane herkomst) en gezinsgrootte (vaker extra CB-consult bij moeders met één of twee kinderen). Het merendeel van de kinderen voor wie een verwijsadvies gegeven werd heeft in de periode nadat een verwijsadvies geregistreerd was tot en met de tweede verjaardag, inderdaad eerste- en tweede-lijns hulp gehad.

1. INLEIDING

De consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters (CB) in Nederland hebben tot taak de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen te beschermen en te bevorderen. De groei, ontwikkeling en gezondheidstoestand van de kinderen wordt hiertoe regelmatig op het CB onderzocht. Het doel hiervan is afwijkingen in de groei of ontwikkeling, of problemen met betrekking tot de gezondheid of het (psycho-sociaal) welbevinden zo vroeg mogelijk te signaleren. Deze signalering kan vooral van belang zijn in die situaties waarin de ouders nog geen stoomis of gezondheidsprobleem hebben opgemerkt of hun zorgen en twijfels over de ontwikkeling van hun kind nog niet hebben kunnen of durven uiten.

Naar aanleiding van de bevindingen van de CB-arts en/of de wijkverpleegkundige (WV) wordt advies gegeven over de te volgen gedragslijn door de ouders. De adviezen lopen uiteen van het voedingsschema, de omgang met het eet- of slaapgedrag van het kind tot de behandeling van lichamelijke gezondheidsproblemen. De constatering van een gezondheidsprobleem of de vragen van ouders over de gezondheid van hun kind kunnen aanleiding zijn voor extra zorg vanuit het CB. Deze extra zorg kan, afgezien van extra aandacht tijdens het reguliere consult, worden onderscheiden in (1) extra CB-consult, (2) extra huisbezoek door de WV of - wanneer gezondheidsproblematiek wordt vermoed die behandeling of nadere diagnostiek vereist - (3) advies de huisarts of een andere zorgverlener (specialist of instelling voor psycho-sociale zorg) te consulteren. Deze extra aandacht of zorg die in deze studie is gedefinieerd als 'interventie', is te beschouwen als één van de secundair-preventieve componenten van de jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0 jaar tot schoolgaand (JGZ 0-4 jaar).

Eén van de aspecten van de JGZ 0-4 jr. die bij evaluatie van de zorgverlening betrokken kan worden, zijn de interventies in het kader van de secundaire preventie. Hoewel extra consulten, extra huisbezoeken en verwijsadviezen worden aangetekend op het individuele jeugdgezondheidszorgdossier van elk kind, zijn deze gegevens op landelijk (geaggregeerd) niveau niet beschikbaar. Om inzicht te krijgen in de omvang en aard van deze interventies van de CB's dienen gegevens hierover apart te worden verzameld en geanalyseerd. Deze gegevens zijn beschikbaar in het databestand van het Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen (SMOCK). In dit rapport wordt verslag gedaan van een analyse van gegevens uit het SMOCK met betrekking tot interventies vanuit het CB, ter beantwoording van de volgende vragen:

- hoe vaak komen interventies bij kinderen in de eerste twee levensjaren door CB-teams voor;

-
- is er binnen het eerste levensjaar een leeftijdsfase te onderscheiden waarbij interventies het vaakst voorkomen;
 - zijn er verschillen in aard en frequentie van interventies tussen groepen kinderen in relatie tot demografische en sociale kenmerken;
 - wat is de samenhang tussen verwijfsadviezen vanuit de CB's en het gebruik van eerste- en tweede-lijns (medische en/of psycho-sociale) hulp.

2. MATERIAAL EN METHODEN

De gegevens voor dit onderzoek zijn afkomstig uit het SMOCK. Dit is een prospectieve survey met betrekking tot gezondheid en ontwikkeling bij een cohort van 2151 kinderen (incl. tweelingen) vanaf de geboorte tot en met de tweede verjaardag. Het onderzoek is gestart op 1 april 1988; de intake is afgesloten op 31 oktober 1989. De follow-up tot en met het tweede levensjaar is op 31 oktober 1991 afgesloten. Aan het SMOCK hebben artsen en WV'en van 21 CB-teams meegewerkt. Hun taak bestond uit gestandaardiseerde observatie en registratie van gezondheidsaspecten van alle kinderen. De registratie geschiedde op onderzoeksformulieren die inhoudelijk waren afgestemd op het landelijke Jeugdgezondheidszorg dossier. Doorschrijfcopieën van deze formulieren werden anoniem doorgestuurd naar het NIPG. Het onderzoek is uitgevoerd in twee fasen: in de eerste fase zijn door WV'en van de CB's geboortegegevens vastgelegd van vrijwel alle kinderen. De tweede fase bestond uit het vervolgonderzoek door CB-artsen en WV'en bij de kinderen tijdens negen CB-consulten op de leeftijden van ongeveer 1, 2, 3, 6, 9, 12, 15, 18 en 24 maanden. Het onderzoek op twee maanden betrof alleen gegevens met betrekking tot biometrie, melkvoeding en psychomotorische ontwikkeling. Dit leeftijdsmoment blijft daarom buiten beschouwing. De tweede fase is in november 1991 afgesloten.

De deelnemende CB's waren verdeeld over stedelijke, sub-urbane en rurale gebieden in verscheidene delen van Nederland (resp. 25%, 45% en 30% van de geboorten). Van 97% van de geboorten (N=2092) zijn uit de eerste fase gegevens beschikbaar met betrekking tot de pre- en perinatale periode, de gezinskenmerken en de toestand van de pasgeborene. De verdeling van de geboorten naar leeftijd en pariteit van de moeders is representatief voor Nederland in 1988/89. De verdeling naar hoogstgenoten schoolopleiding van de moeders is eveneens representatief, zij het in iets mindere mate. Het opleidingsniveau is gebruikt als indicator voor sociaal-economische status (SES) (Hemgreen 1992).

De gegevens met betrekking tot de interventies vanuit het CB zijn afkomstig uit de registratie van de items onder 'aanvullende hulpverlening'. De gegevens betreffen:

- extra consult bij het CB in het afgelopen interval;
- extra huisbezoek door de WV in het afgelopen interval;
- verwijzing door het CB in het afgelopen interval (inclusief verwijzing op het moment van het consult zelf).

Eerste- en tweede-lijns hulp omvat medisch consult van een huisarts, specialist en/of psycho-sociale hulpverlening in het afgelopen interval.

Bij de bestudering van de relaties tussen aard en frequentie van interventies en achtergrondfactoren zijn de volgende variabelen gebruikt. De **sociaal-economische status van de moeder** (SES) is bepaald aan de hand van haar hoogstgenoten en afgemaakte schoolopleiding en ingedeeld als volgt: laag (BaO/LBO), midden (MAVO t.m VWO) en hoog (HBO/UNIVERSITAIR). De indeling van de **urbanisatiegraad** van het woongebied is gebaseerd op de indeling van gemeenten in stedelijke, sub-urbane en plattelandsgebieden volgens het Centraal bureau voor de Statistiek (CBS 1989). De **leeftijd van de moeder** is bepaald op het moment van de geboorte en berekend als het verschil in jaren tussen de datum van de bevalling en de geboortedatum van de moeder. De **etniciteit van de moeder** is gebaseerd op het gegeven 'land van herkomst' en ingedeeld in Nederlands, mediterraan en overig. De **gezinsgrootte** is gedefinieerd door het aantal kinderen in het gezin inclusief die uit een vorig huwelijk van één of beide partners of een pleeg- of adoptiefkind. Het **geboortegewicht** is door de WV overgenomen van het verloskundig overdrachtsformulier of, indien het formulier ontbrak, genoteerd op basis van informatie van de moeder en ingedeeld in laag (< 2500 g) en normaal geboortegewicht.

3. RESULTATEN

Respons

In het SMOCK zijn 2151 levendgeboren kinderen aangemeld. Van 113 van hen zijn geen sociaal-medische gegevens geregistreerd tijdens de CB-consulten waarop de kinderen voor het SMOCK werden onderzocht. Van één kind zijn achteraf aanvullende gegevens geregistreerd met betrekking tot de gezondheidstoestand op de leeftijd van 24 maanden. Wanneer dit kind buiten beschouwing blijft, zijn van 2038 kinderen ten minste één keer sociaal-medische gegevens geregistreerd. Van 1508 (74,0%) kinderen zijn tijdens acht CB-bezoeken sociaal-medische gegevens geregistreerd. De aantallen en percentages kinderen naar hun deelname op elk interval zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Respons: aantal en (%) kinderen waarvan de sociaal-medische anamnese geregistreerd is, naar leeftijd

	aantal (%)
levendgeborenen	2151 (100)
leeftijd in maanden	
1	2001 (93,0)
3	1975 (91,8)
4	1925 (89,5)
5	1878 (87,3)
6	1817 (84,5)
7	1782 (82,8)
8	1792 (83,3)
9	1820 (84,6)

De totalen per interval kunnen soms iets lager zijn als gevolg van ontbrekende gegevens.

Verhuizing blijkt de voornaamste reden te zijn geweest voor niet-deelname aan het onderzoek (tabel 2).

Tabel 2 Aantal en (%) kinderen naar registratie van reden van uitval tijdens de follow-up

reden van uitval	aantal (%)
verhuizing	196 (9,6)
ziekte/overlijden	20 (1,0)
andere reden	35 (1,7)
geen reden voor uitval*	1787 (87,7)
totaal	2038 (100,0)

* betreft de groep met minimaal 7 x CB-bezoek

Interventies

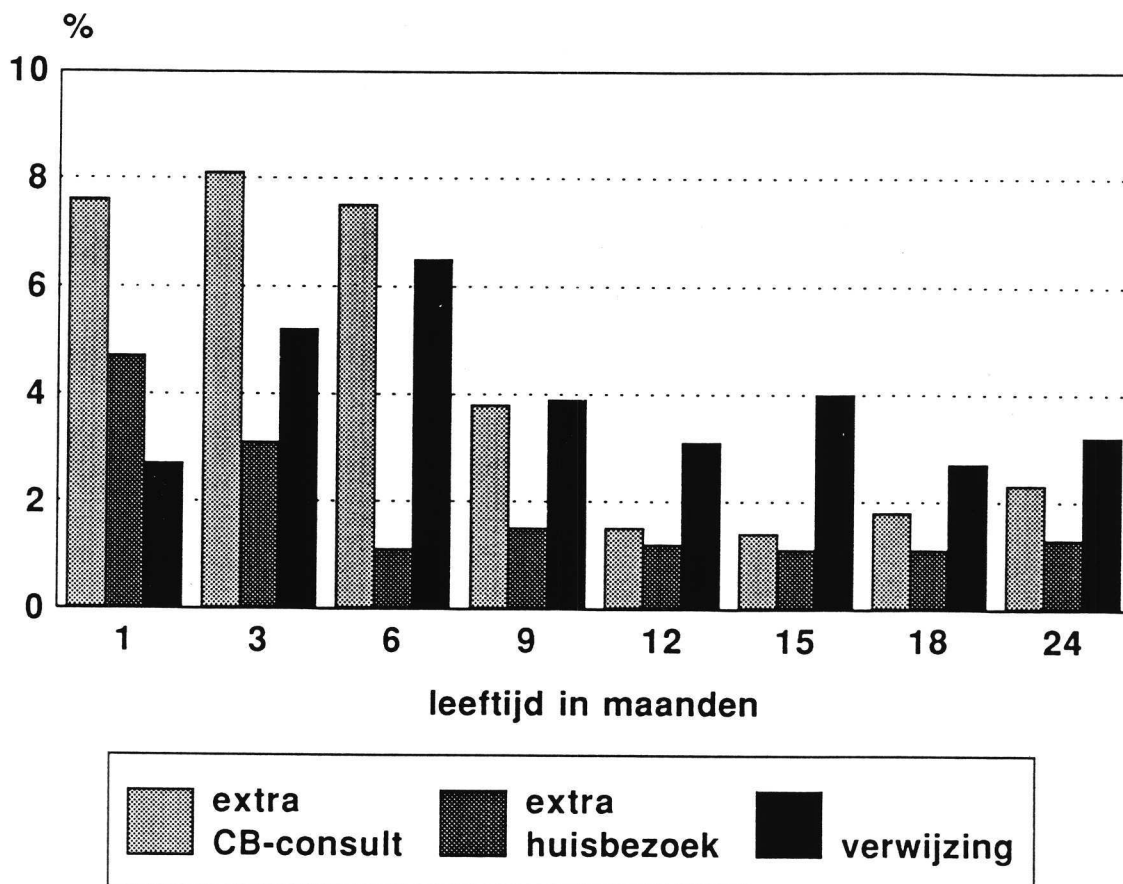
Bij 44% (896/2038) van de kinderen in het SMOCK is in de eerste twee levensjaren één of meer interventies geregistreerd. De aantallen per type interventie is weergegeven in tabel 3, verdeeld naar het aantal malen dat een interventie voorkwam. Bij bijna een kwart van de kinderen is aangetekend dat er een extra consult is uitgevoerd, terwijl bij 6,5% van de kinderen twee maal of vaker een extra CB-consult plaatsvond. Een extra huisbezoek vond plaats bij 10% van de kinderen. Een verwijfsadvies werd gegeven bij ruim 23% van de kinderen, en bij 4,7% gebeurde dit twee maal of vaker.

Tabel 3 Aantal en (%) kinderen naar extra CB-consult, extra huisbezoek en verwijfsadvies vanuit het CB, naar het aantal malen dat deze interventies geregistreerd zijn (N = 2038)

	aantal kinderen waarbij een interventie geregistreerd is		
	extra CB	extra huis- bezoek	verwijzing
aantal			
1	360 (17,7)	166 (8,1)	385 (18,9)
2	104 (5,1)	25 (1,2)	81 (4,0)
≥ 3	28 (1,4)	17 (0,8)	14 (0,7)
Totaal	492 (24,2)	208 (10,1)	480 (23,6)

De procentuele verdeling van de kinderen naar de leeftijden waarop interventies voorkwamen is weergegeven in fig 1.

Figuur 1 Percentages kinderen waarbij in het interval voorafgaand aan het CB-consult een extra huisbezoek of een extra CB-consult is verricht, of waarbij een verwijzingsadvies werd gegeven, naar leeftijd



Extra CB-consulten kwamen met ongeveer 8% van de kinderen vooral voor in de eerste zes levensmaanden. Daarna daalt dit percentage tot 2% à 3% van de kinderen die tussen de leeftijd van zes en 24 maanden werden gezien. Controle van het gewicht en bezorgdheid over matige groei vormden op de leeftijd van één maand de belangrijkste reden (ruim 50%). Vanaf zes maanden betrof het in 60% of meer van de gevallen een aanvullend consult om bepaalde vragen van de ouders verder te bespreken, vaccinaties, en dergelijke. Gezondheidsproblemen werden vooral op één en drie maanden genoemd (ruim 20%). Op deze leeftijden werden vragen in verband met voeding, eet- en slaapgedrag en (veel) huilen het vaakst genoemd (12% - 18%). Aspecten van vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen werden vooral op 24 maanden als reden voor een extra consult genoemd (ruim 30%).

Extra huisbezoeken werden vooral afgelegd in de eerste levensmaanden: de percentages dalen van bijna 5% van de zuigelingen in de eerste levensmaand tot minder dan 2% in de periode tussen de derde en zesde maand, waarna het percentage constant blijft. Begeleiding en voorlichting, en gezondheidsproblemen in het algemeen zijn de vaakstgenoemde redenen.

Ook verwijfsadviezen werden relatief vaker in de eerste levensmaanden gegeven. In de periode tot zes maanden liep het percentage op tot ruim 6%, terwijl vanaf zes maanden bij 3% tot 4% van de kinderen een verwijfsing plaatsvond. Infecties zijn bij de eerste maand de vaakst genoemde reden en afwijkingen van het bewegingsapparaat bij de zesde maand. Ontwikkelingsstoornissen zijn tot en met de negende levensmaand bij 9% - 14% van de kinderen als reden genoemd, daarna bij 25% tot 37% van de kinderen.

Relaties met achtergrondkenmerken

Voor de bestudering van de verbanden tussen achtergrondkenmerken van de moeders en kinderen in het SMOCK en de in dit onderzoek onderscheiden interventievormen, is uitgegaan van het vóórkomen van deze gebeurtenissen in de eerste twee levensjaren. De achtergrondkenmerken die in onderhavig onderzoek worden bestudeerd zijn SES, leeftijd van de moeder, etniciteit, urbanisatiegraad van het woongebied, gezinsgrootte (aantal kinderen in het gezin) en laag geboortegewicht. Extra CB-consulten zijn verdeeld in geen, éénmaal en twee of meerdere malen; extra huisbezoeken en verwijfsadviezen in geen en één of meerdere malen. De resultaten worden gepresenteerd in kruistabellen.

Het onderzoek naar de samenhang tussen de achtergrondkenmerken en interventies is uitgevoerd met behulp van multipele logistische regressie analyses, waarbij alle achtergrondkenmerken als onafhankelijke, categorische variabelen in het model zijn opgenomen en het vóórkomen van één of meerdere malen van een interventievorm in het eerste en tweede levensjaar als uitkomstvariabele. In de multivariate analyse is het vóórkomen van extra CB-consulten ingedeeld in geen of één of meer extra consulten. In een stapsgewijze procedure is getracht voor elke interventievorm een model te 'fitten' waarbij met behulp van de Likelihood-Ratio test de variabelen werden geëlimineerd die niet significant samenhangen met de uitkomstvariabele. De onafhankelijke variabelen die in het model aanwezig blijven zijn geassocieerd met de uitkomstvariabele, onafhankelijk van alle andere variabelen. De resultaten worden gepresenteerd in de vorm van odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen. De OR is te beschouwen als de kans op een gebeurtenis in een groep ten opzichte van de groep die als referentie is gekozen. Wanneer het betrouwbaarheidsinterval een OR van 1 bevat is er overigens geen sprake van een statistisch significant verband, omdat de kans op

een gebeurtenis in de betreffende groep ten opzichte van de referentiegroep niet verschilt. Gezien de omvang van de steekproef kan eigenlijk alleen bij kleine p-waarden van een significant verband gesproken worden; wanneer een p-waarde $< 0,05$ wordt gevonden is er hooguit sprake van 'borderline significantie'. Bij de interpretatie van de uitkomsten dient daarmee rekening gehouden te worden.

Uit tabel 4 blijkt dat één extra CB-consult iets vaker voorkwam bij kinderen van moeders uit de midden SES-groep. Bij kinderen van moeders jonger dan 30 jaar en wanneer het het enige kind in het gezin betrof kwamen één of meerdere extra CB-consulten wat vaker voor. Bij kinderen van moeders van mediterrane herkomst werden aanzienlijk minder vaak extra CB-consulten gemeld.

Tabel 4 Aantal en (%) kinderen met geen, 1 dan wel 2 of meer extra CB-consulten in de eerste twee levensjaren, naar achtergrondkenmerken

	extra CB-consult			totaal
	geen	een	≥ 2	
SES moeder				
laag	503 (78,7)	95 (14,9)	41 (6,4)	639 (31,8)
midden	760 (73,4)	208 (20,1)	68 (6,6)	1036 (51,6)
hoog	258 (77,7)	52 (15,7)	22 (6,6)	332 (16,5)
woongebied				
stedelijk gebied	386 (76,1)	90 (17,8)	31 (6,1)	507 (24,9)
suburbaan	686 (74,5)	170 (18,5)	65 (7,1)	921 (45,2)
platteland	474 (77,7)	100 (16,4)	36 (5,9)	610 (29,9)
leeftijd moeder				
≤ 29 jaar	851 (73,7)	219 (19,0)	84 (7,3)	1154 (56,7)
> 29 jaar	694 (78,6)	141 (16,0)	48 (5,4)	883 (43,3)
etniciteit moeder				
Nederlands	1351 (74,8)	331 (18,3)	123 (6,8)	1805 (88,7)
mediterraan	95 (92,2)	6 (5,8)	2 (1,9)	103 (5,1)
overige	98 (76,6)	23 (18,0)	7 (5,5)	128 (6,3)
gezinsgrootte				
1	616 (72,2)	169 (19,0)	68 (8,0)	853 (41,9)
2	544 (76,0)	134 (18,7)	38 (5,3)	716 (35,1)
≥ 2	386 (82,3)	57 (12,2)	26 (5,5)	469 (23,0)
geboortegewicht				
< 2500 g	91 (77,8)	22 (18,8)	4 (3,4)	117 (5,7)
≥ 2500 g	1455 (75,7)	338 (17,6)	128 (6,7)	1921 (94,3)

Uit de multivariate analyse blijkt dat gezinsgrootte en etniciteit (na correctie voor de andere factoren) significant hebben samengehangen met extra zorg in de vorm van een extra CB-consult (tabel 5).

Tabel 5 Extra CB-consult(en) in de eerste twee levensjaren, naar leeftijd en etniciteit van de moeder en gezinsgrootte; ongecorrigeerde en gecorrigeerde* odds-ratio's (95% betrouwbaarheidsintervallen), gevonden in logistische regressie analyse

	ongecorr. OR (95% BI)	gecorr. OR (95% BI)
gezinsgrootte		
> twee kinderen [^]	1	1
twee kinderen	1,47 (1,10 - 1,97)	1,47 (1,09 - 1,99)**
één kind	1,79 (1,35 - 2,37)	1,69 (1,26 - 2,28)***
leeftijd moeder		
> 29 jaar [^]	1	1
≤ 29 jaar	1,30 (1,06 - 1,61)	1,24 (1,00 - 1,55)
etniciteit		
Nederlands [^]	1	1
mediterraan	0,25 (0,12 - 0,52)	0,20 (0,09 - 0,48)***
overigen	0,91 (0,60 - 1,39)	0,96 (0,62 - 1,49)

* gecorrigeerd voor SES, urbanisatiegraad van het woongebied en laag geboortegewicht

[^] referentiegroep

** p < 0,05

*** p < 0,005

In gezinnen met één of twee kinderen werd vaker van de mogelijkheid van een extra consult gebruik gemaakt. Bij kinderen van moeders van mediterrane herkomst blijkt het tegenovergestelde het geval te zijn geweest: hier was sprake van minder gebruik dan door moeders van Nederlandse herkomst of door moeders met een andere nationaliteit. Ook moeders die jonger waren dan 30 jaar maakten iets vaker van deze mogelijkheid gebruik dan moeders van 30 jaar en ouder, maar hier is het verband niet significant.

Extra huisbezoeken door de WV kwamen vaker voor wanneer het het enige kind in het gezin betrof of wanneer het kind geboren was met een gewicht van minder dan 2500 g (tabel 6).

Tabel 6 Aantal en (%) kinderen met 1 of meer extra huisbezoeken van de WV in de eerste twee levensjaren, naar achtergrondskennmerken

	extra huisbezoek		
	geen	≥ 1	totaal
SES moeder			
laag	573 (89,7)	66 (10,3)	639 (31,8)
midden	924 (89,2)	112 (10,8)	1036 (51,6)
hoog	306 (92,2)	26 (7,8)	332 (16,5)
woongebied			
stedelijk gebied	469 (92,5)	38 (7,5)	507 (24,9)
suburbaan	817 (88,7)	104 (11,3)	921 (45,2)
platteland	544 (89,2)	66 (10,8)	610 (29,9)
leeftijd moeder			
≤ 29 jaar	1029 (89,2)	125 (10,8)	1154 (56,7)
> 29 jaar	800 (90,6)	83 (9,4)	883 (43,3)
etniciteit moeder			
Nederlands	1612 (89,3)	193 (10,7)	1805 (88,7)
mediterraan	97 (94,2)	6 (5,8)	103 (5,1)
overige	119 (93,0)	9 (7,0)	128 (6,3)
gezinsgrootte			
1	740 (86,8)	113 (13,2)	853 (41,9)
2	661 (92,3)	55 (7,7)	716 (35,1)
≥ 2	429 (91,5)	40 (8,5)	469 (23,0)
geboortegewicht			
< 2500 g	97 (82,9)	20 (17,1)	117 (5,7)
≥ 2500 g	1733 (90,2)	188 (9,8)	1921 (94,3)

In stedelijke gebieden kwamen minder vaak huisbezoeken voor dan in suburbane gebieden. Bij kinderen met een moeder uit de hogere SES-groep of met een moeder van mediterrane herkomst kwam minder vaak een extra huisbezoek voor ten opzichte van de andere SES-groepen, respectievelijk moeders van Nederlandse of andere herkomst. Uit tabel 7 blijkt dat de kans op een extra huisbezoek, na correctie voor de andere factoren, bij kinderen met een laag geboortegewicht en bij eerste kinderen hoger is geweest. Ten opzichte van de suburbane gebieden blijkt de kans op extra huisbezoeken in stedelijke gebieden lager te zijn geweest.

Tabel 7 Extra huisbezoek(en) van de WV in de eerste twee levensjaren, naar laag geboortegewicht, gezinsgrootte en urbanisatiegraad van het woongebied; ongecorrigeerde en gecorrigeerde* odds-ratio's (95% betrouwbaarheidsintervallen), gevonden in logistische regressie analyse

	ongecorr. OR (95% BI)	gecorr. OR (95% BI)
geboortegewicht		
≥ 2500 g [^]	1	1
< 2500 g	1,90 (1,15 - 3,15)	1,72 (1,02 - 2,87)**
gezinsgrootte		
> twee kinderen [^]	1	1
twee kinderen	0,89 (0,58 - 1,36)	0,91 (0,59 - 1,40)
één kind	1,64 (1,12 - 2,39)	1,61 (1,09 - 2,38)**
woongebied		
suburbaan [^]	1	1
stedelijk gebied	0,63 (0,43 - 0,94)	0,63 (0,42 - 0,93)**
platteland	0,95 (0,68 - 1,32)	0,97 (0,70 - 1,36)

* gecorrigeerd voor SES, leeftijd van de moeder en etniciteit

[^] referentiegroep

** p < 0,05

De frequenties van verwijsadviezen verschilden weinig in relatie met de hier besproken kenmerken (tabel 8).

Tabel 8 Aantal en (%) kinderen met 1 of meer verwijzingen vanuit het CB in de eerste twee levensjaren, naar achtergrondskennmerken

	verwijzing		
	geen	wel	totaal
SES moeder			
laag	493 (77,2)	146 (22,8)	639 (31,8)
midden	792 (76,4)	244 (23,6)	1036 (51,6)
hoog	249 (75,0)	83 (25,0)	332 (16,5)
woongebied			
stedelijk gebied	395 (77,9)	112 (22,1)	507 (24,9)
suburbaan	684 (74,3)	237 (25,7)	921 (45,2)
platteland	479 (78,5)	131 (21,5)	610 (29,9)
leeftijd moeder			
≤ 29 jaar	885 (76,7)	269 (23,3)	1154 (56,7)
> 29 jaar	672 (76,1)	211 (23,9)	883 (43,3)
etniciteit moeder			
Nederlands	1374 (76,1)	431 (23,9)	1805 (88,7)
mediterraan	81 (78,6)	22 (21,4)	103 (5,1)
overige	101 (78,9)	27 (21,1)	128 (6,3)
gezinsgrootte			
1	647 (75,8)	206 (24,2)	853 (41,9)
2	556 (77,7)	160 (22,3)	716 (35,1)
≥ 2	355 (75,7)	114 (24,3)	469 (23,0)
geboortegewicht			
< 2500 g	96 (82,1)	21 (17,9)	117 (5,7)
≥ 2500 g	1462 (76,1)	459 (23,9)	1921 (94,3)

In sub-urbane gebieden werden evenwel iets meer verwijsadviezen geregistreerd dan in andere gebieden. Bij kinderen met een laag geboortegewicht werden minder vaak verwijsadviezen gegeven. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat het merendeel van deze kinderen tevens nog in zorg was bij een kinderarts. Na correctie voor SES, leeftijd van de moeder, etniciteit, gezinsgrootte en laag geboortegewicht blijkt dat in stedelijke gebieden en op het platteland de kans op een verwijsadvies vanuit het CB wat lager was dan in sub-urbane gebieden, maar het verband is niet significant (tabel 9). De overige kenmerken speelden geen rol meer.

Tabel 9 Verwijsadvies vanuit het CB in de eerste twee levensjaren, naar urbanisatiegraad van het woongebied; ongecorrigeerde en gecorrigeerde* odds-ratio's (95% betrouwbaarheidsintervallen), gevonden in logistische regressie analyse

	ongecorr. OR (95% BI)	gecorr. OR (95% BI)
woongebied		
suburbaan [^]	1	1
stedelijk gebied	0,82 (0,63 - 1,06)	0,80 (0,62 - 1,04)
platteland	0,79 (0,62 - 1,01)	0,78 (0,61 - 1,00)

* gecorrigeerd voor SES, leeftijd van de moeder, etniciteit, gezinsgrootte en laag geboortegewicht

[^] referentiegroep

Verwijsadvies vanuit het CB en gebruik van eerste- en tweede-lijns hulp

De relatie tussen interventies vanuit het CB en het gebruik van medische en psycho-sociale voorzieningen (eerste- en tweede-lijns hulp) in de intervallen volgend op de CB-consulten is alleen onderzocht voor verwijsadviezen vanuit het CB. In dit deel van het onderzoek is nagegaan in hoeverre gebruik van eerste- en tweede-lijns hulp vóórkwam in het interval volgend op het CB-consult waar een verwijsadvies geregistreerd was. Met behulp van de X²-toets is nagegaan of het verschil in gebruik van medische voorzieningen tussen de niet en de wel verwezen kinderen significant was.

Op alle leeftijden, behalve tussen 9 en 12 maanden, blijken kinderen in de groepen waar sprake was van een verwijsadvies relatief vaker dan in de groep niet-verwezen kinderen in het opvolgende interval in consult bij de huisarts of een specialist te zijn geweest (tabel 10).

Tabel 10 Aantal en (%) kinderen in het SMOCK met een verwijzing vanuit het CB en medische of psycho-sociale hulp in het opvolgende interval

leeftijd van verwijzing in maanden	vanuit CB verwezen kinderen bij wie al dan niet medische/psycho-sociale hulp in opvolgend interval voorkwam					
	N	verwezen	hulp	niet verwezen	hulp	P-waarde
1	1965	51	27 (52,9)	1914	650 (34,0)	0,005
3	1920	102	65 (63,7)	1818	824 (45,3)	0,000
6	1867	123	93 (75,6)	1744	928 (53,2)	0,000
9	1806	70	42 (60,0)	1736	952 (54,8)	0,395
12	1748	53	39 (73,6)	1695	861 (50,8)	0,001
15	1723	69	56 (81,2)	1654	896 (54,2)	0,000
18	1744	47	40 (85,1)	1697	950 (56,0)	0,000

Niettemin zijn er kinderen met een verwijsadvies geweest waar in het interval volgend op de verwijzing geen gebruik van medische en/of psycho-sociale voorzieningen geregistreerd werd. Tussen de leeftijd van één en drie maanden betrof het de helft van de zuigelingen (tabel 11).

Tabel 11 Aantal en (%) kinderen in het SMOCK met een verwijzing vanuit het CB naar gebruik van medische of psycho-sociale hulp (huisarts, specialist en/of pedagoog, maatschappelijk werker, RIAGG of andere) in het opvolgende interval

leeftijd van verwijzing in maanden	vanuit CB verwezen kinderen met medische/psycho-sociale hulp in opvolgend interval				
	geen hulp	huisarts	huisarts/ specialist/ ps.-soc. hulp	alleen ps.-soc hulp	totaal
1	24 (47)	18 (35)	8 (16)	1 (2)	51 (100)
3	37 (36)	33 (32)	31 (30)	1 (2)	102 (100)
6	30 (24)	45 (37)	48 (39)	-	123 (100)
9	28 (40)	21 (30)	21 (30)	-	70 (100)
12	14 (27)	15 (28)	24 (45)	-	53 (100)
15	13 (19)	19 (27)	33 (48)	4 (6)	69 (100)
18	7 (15)	18 (38)	21 (45)	1 (2)	47 (100)

Bij kinderen tussen 3 en 15 maanden was ongeveer een kwart tot tweevijfde van de kinderen met een verwijsadvies in het opvolgende interval niet in consult geweest; na 15 maanden was het aantal duidelijk lager. Van de kinderen met een verwijsadvies was tussen eenderde (19/56) en tweederde (18/27) alleen huisartsbezoek gemeld.

In het SMOCK is informatie beschikbaar met betrekking tot de reden van het verwijsadvies door de CB-arts en de reden voor contact met de huisarts of specialist (medische zorg; de reden voor contact met psycho-sociale hulp blijft hier buiten beschouwing). Deze informatie is woordelijk genoteerd en naderhand gecodeerd volgens de indeling van de International Classification of Primary Care (De Kanter et al. 1990). De gecodeerde redenen zijn ondergebracht in 29 groepen van aandoeningen of probleemgebieden. Wanneer meerdere redenen waren vermeld is bij de indeling zo veel mogelijk rekening gehouden met het belang van de aandoening (bijlage). Voor de vergelijking van verwijsredenen en reden voor contact met medische zorg zijn de groepen ondergebracht in vier categorieën:

1. problematiek met betrekking tot ontwikkeling;
2. afwijking van het bewegingsapparaat;
3. ongeval, allergie of reactie op vaccinatie;
4. overige redenen.

De overeenstemming tussen de verwijsredenen en de reden van contact met medische zorg is nagegaan voor elk CB-consult tussen een en 18 maanden en de daarop volgende periode tot en met 24 maanden, waarin contact met de medische zorg heeft plaatsgehad en de reden bekend is. Bij meerdere malen contact van een kind met medische zorg, volgend op een verwijsadvies, en meerdere redenen voor dit contact, is de genoemde volgorde van de vier categorieën aangehouden. Vervolgens is voor de kinderen met een bekende verwijsredenen tot en met 18 maanden de reden

nagegaan waarvoor zij in de opvolgende periode (t.m. 24 maanden) contact hadden met medische zorg. Van de kinderen die vanwege problematiek met betrekking tot de ontwikkeling werden verwezen hebben bijna de helft om die reden contact gehad met een huisarts en/of specialist (tabel 12).

Tabel 12 Aantal en (%) kinderen voor wie tussen 1 en 18 maanden door de CB-arts een verwijlsadvies gegeven is, naar reden, en de reden van contact met huisarts en/of specialist in de daaropvolgende periode tot en met 24 maanden (kolomnummers komen overeen met rijnummers)

reden verwijlsadvies	reden voor contact met huisarts/specialist				geen reden bekend/n.v.t.	totaal
	1	2	3	4		
1 problematiek m.b.t. ontwikkeling (1)	39 (46)	4 (5)	9 (11)	24 (29)	8 (9)	84 (100)
2 afwijking v.h. bewegingsapparaat	11 (8)	51 (37)	15 (11)	48 (34)	14 (10)	139 (100)
3 ongeval/allergie/ vaccinatie-reactie	1 (3)	2 (6)	11 (35)	16 (52)	1 (3)	31 (100)
4 overige	21 (10)	9 (4)	27 (13)	122 (59)	26 (13)	205 (100)
totaal	72 (16)	66 (14)	62 (13)	210 (46)	49 (11)	459 (100)

Van de kinderen die voor een afwijking van het bewegingsapparaat werden verwezen had ruim een derde om die reden contact met medische zorg, eveneens een derde vanwege overige redenen, terwijl bij 8% van deze kinderen ontwikkelingsproblematiek als reden voor medische zorg werd genoemd. Een ongeval, allergie of vaccinatie-reactie is weinig genoemd als verwijlsredenen. Van de kinderen die om deze redenen werden verwezen had 35% voor dezelfde redenen contact met de medische zorg en ruim de helft om overige redenen. Verwijzingen en contact met een huisarts en/of specialist om overige redenen lijken, met ruim de helft van de kinderen, redelijk overeen te stemmen.

4. BESPREKING EN CONCLUSIES

De in deze studie gedefinieerde interventies die vanuit het CB kunnen plaatsvinden, vormen een klein deel van de activiteiten in het kader van de primaire en secundaire preventie. Het merendeel van de activiteiten die als 'interventie' door de CB-arts of wijkverpleegkundige kunnen worden aangeduid, spelen zich af in de spreekkamer. Het gaat daarbij om adviezen en suggesties aan de ouders ten aanzien van voeding, verzorging en omgang met het kind. Deze activiteiten zijn veelal moeilijk in maat en getal weer te geven, tenzij een gedetailleerd en gestandaardiseerd waarnemingsprotocol voor de beoordeling van de kwaliteit van het medisch handelen wordt gebruikt en de waarnemingen worden uitgevoerd door een onafhankelijke observator (Schuil & Zomerdijk 1992). In het SMOCK zijn gegevens verzameld die de 'objectiveerbare' interventievormen behelzen: extra consulten en huisbezoeken, en verwijzingen. Deze activiteiten zijn in deze studie gebruikt als indicatoren van noodzakelijk geachte extra aandacht voor moeder en kind.

Bij de kinderen in de SMOCK-cohort zijn interventies meer in het eerste dan in het tweede levensjaar voorgekomen. Bijna een kwart van de kinderen kreeg een extra consult, en eveneens bijna een kwart een verwijsadvies. Extra huisbezoeken kwamen minder vaak voor. Uit de bivariate analyses bleek dat verschillen in gezondheidsproblemen naar SES, gemeten naar de interventies vanuit het CB, klein zijn; het verschil was het grootst bij de kinderen met een extra CB-consult: in de midden SES-groep kreeg 26,6% een extra consult tegenover 21,3% in de lage SES-groep. Uit de multivariate analyse van de samenhang tussen achtergrondkenmerken en interventies blijkt dat de SES, na correctie voor woongebied, leeftijd van de moeder, etniciteit, gezinsgrootte en geboortegewicht, niet geassocieerd is. Kenmerken die wel samenhangen met interventies waren woongebied (extra huisbezoek en verwijsadvies), etniciteit (extra CB-consult), gezinsgrootte (extra CB-consult en huisbezoek) en geboortegewicht (extra huisbezoek). De wat lagere frequentie van huisbezoeken in stedelijke gebieden kan te maken hebben gehad met de werkdruk. Op het platteland zijn verwijsadviezen wat minder vaak voorgekomen, hetgeen het gevolg zou kunnen zijn van een terughoudend verwijsbeleid in verband met reisafstanden. De hier gevonden OR zijn echter hooguit significant bij $p < 0,05$ en dienen dus voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Jongere moeders kregen wat vaker een extra CB-consult, hetgeen kan wijzen op de noodzaak van extra aandacht voor deze groep. Dit verband is overigens niet significant. Voor kinderen van mediterrane moeders zijn significant minder vaak extra CB-consulten geregistreerd dan bij kinderen met een Nederlandse of andere achtergrond. De redenen hiervoor zijn niet uit de gegevens van het SMOCK af te leiden. In persoonlijke mededelingen is naar voren gebracht dat deze groep moeders en kinderen zonnig extra aandacht tijdens het reguliere consult kregen, omdat in de praktijk is gebleken dat zij moeilijk

te motiveren zijn voor een herhalingsconsult of een huisbezoek door de wijkverpleegkundige. Extra CB-consulten of huisbezoeken komen vaker voor wanneer het een klein gezin betreft, onafhankelijk van de leeftijd. Deze bevinding kan erop wijzen dat moeders met weinig 'ervaring' wat vaker extra aandacht hebben gekregen.

Wat de verwijzingen betreft is duidelijk dat het overgrote merendeel (89%) van de verwezen kinderen in het interval volgend op de verwijzing, behalve bij negen maanden, significant vaker eerste- en tweede-lijns hulp hebben gehad.

Met het beschikbare onderzoeksmateriaal kon tot op zekere hoogte worden nagegaan of de verwijsredenen van de CB-arts op grond van de reden van medische hulpverlening, wordt bevestigd. Eén van de problemen hierbij was dat bij de classificatie van de verwijsredenen of de reden voor contact met medische zorg gebruik moest worden gemaakt van woordelijk genoteerde informatie van de CB-artsen. De informatie over de reden van contact met medische zorg berust bovendien op mededeling van de ouders. Bij opgave van meerdere redenen diende verder een keuze te worden gemaakt ten aanzien van het 'belang' van de reden; hierin schuilt een arbitrair element dat helaas niet te vermijden was. Met name in het geval van problematiek met betrekking tot de ontwikkeling lijkt een redelijke overeenstemming tussen reden voor verwijsadvies en reden voor contact met medische zorg te bestaan.

Uit deze studie is een kwantitatief beeld verkregen van interventies vanuit het CB in Nederland en achtergrondkenmerken die daarop van invloed kunnen zijn. Om inzicht te kunnen krijgen in de mate waarin de interventies aan hun doel beantwoorden, namelijk ondersteuning bieden aan de ouders bij hun opvoedings- en verzorgingstaak, zijn ook kwalitatieve gegevens nodig met betrekking tot het oordeel van de ouders over de steun die zij krijgen. De uitkomsten van deze studie leiden tot de conclusie dat het aan te bevelen is onderzoek naar de effectiviteit van verwijsadviezen vanuit het CB specifiek voor een dergelijke vraagstelling op te zetten. Voor een dergelijk onderzoek zou een gedetailleerd, gestandaardiseerd protocol moeten worden opgesteld ten aanzien van de registratie van zowel de verwijsredenen als de uitkomst van de zorgverlening in eerste- en/of tweede lijn in termen van diagnosestelling, behandeling en advies. Hierbij zou kunnen worden uitgegaan van mogelijke evaluatieve momenten in het traject van verwijzing door de CB-arts, zoals voorgesteld door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (Burgmeijer 1993). De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen tot het tot stand brengen van een adequate koppeling van preventieve en curatieve zorg voor het individuele kind en zijn ouders.

LITERATUUR

BURGEMEIJER RJF. Jaarrapportage Ouder & Kindzorg. 0-schoolgaand, 1990/1991. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1993;55.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1989. Den Haag: CBS, 1989.

HERNGREEN WP, REERINK JD, NOORD-ZAADSTRA BM van, VERLOOVE-VANHORICK SP, RUYS JH. Een cohort zuigelingen in Nederland: perinatale gegevens uit de jeugdgezondheidszorg. *T Soc Gezondheidsz* 1992;70:689-95.

KANTER JS de, LAMBERTS H, MULDER JD. ICPC International Classification of Primary Care Short titles. Nederlandse vertaling, januari 1989. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, Instituut voor huisartsgeneeskunde; Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Huisartsgeneeskunde 1990.

ZOMERDIJK J, SCHUIL PB. Visitatie van artsen op consultatiebureaus voor zuigelingen: een onderzoek naar de kwaliteit van het medisch handelen op het zuigelingenconsultatiebureau. *T Soc Gezondheidsz* 1992;70:679-83.

BIJLAGE

Indeling van redenen voor verwijsadvies en medische hulp

23

Indeling van redenen voor verwijsadvies en medische hulp

Nr.	cate- gorie	aandoening, probleemgebied	Nr.	cate- gorie	aandoening, probleemgebied
1	1	ontwikkeling	16	4	prematuuriteit
2	1	handicap / beperking	17	4	infectie onderste luchtwegen (LRI)
3	1	spraak/taal	18	4	infectie bovenste luchtwegen (URI)
4	2	heupluxatie	19	4	ontsteking oren
5	1	congenitale afwijking	20	4	ontsteking ogen
6	1	centraal zenuwstelsel: diagn. incl meningitis en convulsies	21	4	infectie maag/darmkanaal
7	4	opvoeding	22	4	overige infecties
8	1	problemen/klachten centraal zenuwstelsel	23	4	overige klachten maag/darmkanaal
9	3	ongevallen	24	4	overige oogproblemen (excl. blindheid)
10	3	intoxicatie/vaccinatie-reactie	25	4	overige oorproblemen (excl. doofheid)
11	1	strabismus	26	2	problemen/klachten bewegingsapparaat
12	3	allergie	27	4	overige klachten/problemen huid
13	4	luierdermatitis	28	4	overige (algemene) klachten
14	4	uro-genitaal stelsel	29	4	belaste familie anamnese / sociale problematiek
15	4	voeding			

Reprografie: NIPG-TNO
Projectnummer: 5377