

UXA

5041

SQE

W 85

(2)

TNO-rapport

**PROCES- EN EFFECTEVALUATIE VAN DE LOKALE
KINDERVEILIGHEIDSCAMPAGNE 'NIJMEGEN
STAAT OP VEILIG'**

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

03 MRT 1992

POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

NIPG-publikatienummer
92.009

IBISSTAMBOEKNUMMER

9497/000

Februari 1992

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

E. Wortel
W.T.M. Ooijendijk
L. Bosker¹⁾
G.H. de Geus¹⁾

¹⁾ Stichting Consument en Veiligheid

NOV 1989
NIPG-TNO
SCN 92009

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 33,-- (incl. BTW) op postbankrekening 99.889 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 92.009.

INHOUD

pagina

SAMENVATTING	i
DEEL I	1
1. INLEIDING	3
1.1 'Nijmegen staat op veilig': een lokale veiligheidscampagne	3
1.2 Evaluatie van de campagne voor 0-4 jarigen	4
1.3 Opzet van het rapport	6
DEEL II	7
2. OPZET VAN DE CAMPAGNE	9
2.1 Inleiding	9
2.2 De commissie 0-4 jarigen	9
2.2.1 Formatie	9
2.2.2 Functionering	10
2.3 Activiteiten ten behoeve van intermediairs	12
2.3.1 Bijscholing wijkverpleegkundigen	13
2.3.2 Bijscholing leidster/vrijwilligers via kindercentra	15
2.3.3 Bijscholing kraamverpleegkundigen en -verzorgenden	15
2.3.4 Training van Vrijwillige Veiligheidsvoorlichters (VVV-ers)	16
2.3.5 Overige activiteiten	17
2.4 Massamediale voorlichting	17

3. METHODE EFFECTEVALUATIES	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Keuze experimentele- en controle gemeente	20
3.3 Gedragsevaluatie	21
3.3.1 Onderzoeksopzet	21
3.3.2 Dataverzameling	22
3.3.3 Verwerking van de gegevens	29
3.3.4 Steekproef en respons	30
3.3.5 Vergelijkbaarheid van de onderzoeksgroepen op demografische kenmerken	32
3.3.6 Analyse van de gegevens	33
3.4 Ongevallenevaluatie	36
3.4.1 Beschrijving van de gebruikte methoden bij de dataverzameling; PORS en afname schriftelijke vragenlijst	38
4. EFFECTEN VAN DE CAMPAGNE OP AANTAL EN AARD VAN DE ONGEVALLLEN	41
4.1 Inleiding	41
4.2 Schriftelijke vragenlijsten	41
4.3 Het PORS	43
4.4 Samenvatting en conclusies	45
5. EFFECTEN VAN DE CAMPAGNE OP DE DETERMINANTEN EN HET GEDRAG VAN MOEDERS VAN 0-4 JARIGEN	47
5.1 Inleiding	47
5.2 Effecten van de campagne op gedrag	48
5.3 Effecten op gedragsdeterminanten	48
5.4 Conclusies	50

	Pagina
DEEL III	51
6. BEREIK VAN DE VOORLICHTING	53
6.1 Inleiding	53
6.2 Methode	53
6.3 Bekendheid met en beoordeling van de campagne	54
6.4 Conclusies	59
7. UITVOERING VAN DE CAMPAGNE: INTERMEDIAIRS	60
7.1 Inleiding	60
7.2 Methode	60
7.2.1 Wijkverpleegkundigen, leidster en kraamverzorgenden	60
7.2.2 Vrijwillige Veiligheidsvoorlichters	61
7.3 Resultaten	61
7.3.1 Wijkverpleegkundigen	61
7.3.2 Leidsters van kindercentra	64
7.3.3 Kraamverzorgenden	67
7.3.4 Vrijwillige Veiligheidsvoorlichters (VVV-ers)	69
7.3.5 Overige activiteiten	70
7.4 Conclusies	70

	pagina
8. ACTIVITEITEN NA AFLOOP VAN DE CAMPAGNE	72
8.1 Inleiding	72
8.2 Activiteiten na afloop van de campagne	72
8.2.1 Consultatiebureaus	73
8.2.2 Kindercentra	73
8.2.3 Stichting Spel en Opvoeding	74
8.2.4 Kraamzorg	74
8.3 Stand van zaken in 1991	74
8.4 Conclusies	75
DEEL IV	77
9. CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	79
9.1 Inleiding	79
9.2 Effecten van de campagne	79
9.3 Samenhang 'geen effect-conclusie' met de opzet van de campagne	79
9.3.1 Bereik van moeders door intensieve interpersoonlijke voorlichting	80
9.3.2 Voorlichtingsactiviteiten door intermediairs	81
9.3.3 Functioneren en formatie van de 0-4 jarigen commissie	89
9.4 Samenhang 'geen effect-conclusie' met de opzet van het onderzoek	91
9.5 Beleidsimplicaties	93
LITERATUUR	97
LIJST MET AFKORTINGEN	99
BIJLAGEN	101

SAMENVATTING

'Nijmegen staat op veilig' was de titel van een lokale veiligheidscampagne om het aantal privé-ongevallen (ongevallen met uitzondering van verkeersongevallen) bij kinderen van 0-12 jaar terug te dringen met 20%.

In Nederland vormen privé-ongevallen van kinderen, evenals in de meeste geïndustrialiseerde landen, nog steeds een belangrijk gezondheidsprobleem. Geïnspireerd door het succes van een lokale veiligheidscampagne in Zweden heeft de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) in samenwerking met het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC) en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG-TNO) in Nijmegen een veiligheidscampagne uitgevoerd. Het doel van deze campagne was om met inschakeling van lokale organisaties gedurende één jaar intensief voorlichting te geven over kinderveiligheid om het aantal privé-ongevallen terug te dringen.

Om dit te realiseren zijn Nijmeegse organisaties door de SCV uitgenodigd om de veiligheidscampagne mee op te zetten en uit te voeren. Dit gebeurde in de vorm van commissies die elk een deelplan moesten opzetten en (laten) uitvoeren. In totaal waren er vijf deelplancommissies, te weten: 0-4 jarigen, onderwijs, sport, wijkgericht en massamedia. Concreet bestond het werk van de deelplancommissies vooral uit het ontwikkelen en vorm geven van de voorlichting en het organiseren en laten uitvoeren van bijscholing aan intermediairs die met ouders en kinderen in contact kwamen, zoals bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen, kraamverzorgsters, leidsters in kindercentra, leerkrachten, sportleiders en opbouwwerkers. In het deelplan 0-4 jarigen zijn naast professionele intermediairs ook Vrijwillige Veiligheidsvoorlichters (VJV-ers) ingezet om zo veel mogelijk Nijmeegse ouders met intensieve voorlichting te bereiken.

Het NIPG-TNO heeft met betrekking tot de campagne een evaluatie-onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek bestond uit een effect- en procesevaluatie. Omdat het niet mogelijk was om de campagne op alle deelplannen en voor de hele doelgroep uitvoerig te evalueren is ervoor gekozen om het accent in de evaluatie te leggen op 0-4 jarigen. Dit betekent dat voor 0-4 jarigen een proces- en effectevaluatie zijn uitgevoerd. De procesevaluatie was erop gericht inzicht te verkrijgen in de opzet en uitvoering van de campagne. De effectevaluatie was bedoeld om

effecten van de campagne op veiligheidsgedrag van ouders en gedragsdeterminanten hiervan vast te stellen en om effecten op het optreden van ongevallen van 0-4 jarigen te bepalen. Voor de groep 5-12 jarigen is alleen een effectevaluatie met betrekking tot ongevallen uitgevoerd.

De onderzoeksofzet van de effectevaluatie is te karakteriseren als quasi-experimenteel, in dit onderzoek zijn zowel in de experimentele gemeente Nijmegen als in een controle gemeente (Woerden) een voormeting en een nameting gehouden, waarbij in Nijmegen zowel tijdens de voor- en nameting meer dan 1100 schriftelijke vragenlijsten zijn ingevuld en in Woerden rond 250. De respons lag daarbij op 80-90%. De voor de proces-evaluatie noodzakelijke gegevens zijn via interviews en vragenlijsten verzameld.

Voor de evaluatie van de ongevallen is vooral gebruik gemaakt van gegevens die worden verzameld via het Privé Ongevallen Registratie Systeem (PORS) van de SCV. Deze gegevens zijn continu geregistreerd en geanalyseerd van 1984-1989.

Bij de bespreking van de resultaten zullen effecten van de campagne op de ongevallen eerst worden besproken, vervolgens zal vanuit de gedragsevaluatie worden gezien in hoeverre deze resultaten te interpreteren zijn. Tot slot zal de procesevaluatie worden weergegeven. De gedachte daarbij is, dat de resultaten van de procesevaluatie inzicht kunnen geven in waarom de effecten wel of niet zijn opgetreden.

EFFECTEN OP ONGEVALLEN

Op basis van het PORS is gebleken dat noch voor 0-4 jarigen noch voor 5-12 jarigen de campagne heeft geleid tot positieve effecten op de ongevallen bij deze kinderen. Met andere woorden: de ontwikkeling van het aantal privé-ongevallen van deze kinderen wijkt niet in positieve zin af van de landelijke ontwikkeling.

Uit de analyse van de gegevens van de schriftelijke vragenlijsten komt naar voren dat het aantal ongevallen bij 0-4 jarigen rond 20% lager is als op grond van de ontwikkeling in de controle-gemeente had mogen worden verwacht. Het gevonden verschil is echter niet significant. Bij het maken van een onderscheid tussen ongevallen waarvoor men uitsluitend naar de huisarts is geweest of waarvoor men (ook) naar het ziekenhuis is geweest blijken de ontwikkelingen in de experimentele en controle gemeente vrijwel identiek. Ook wat betreft de ernst

van de ongevallen blijken zich tussen de experimentele gemeente en de controle gemeente geen verschillen voor te doen.

Resumerend kan gesteld worden dat het doel van de campagne 'Nijmegen staat op veilig', te weten een reductie van het aantal ongevallen met 20%, niet is gehaald.

EFFECTEN OP GEDRAG EN GEDRAGSDETERMINANTEN

Voor de belangrijkste ongevals categorieën (vallen, verbranding, vergiftiging, verstikking, verdrinking en beknellen) is nagegaan of er door de campagne wijzigingen zijn opgetreden in het veiligheidsgedrag van moeders en de determinanten van dat gedrag. Ten aanzien van de 30 maatregelen doet zich in twee gevallen een significant verband voor. Van de 136 determinanten waarvoor is nagegaan of er een significante relatie bestaat, is dat bij negen determinanten het geval. Gezien het grote aantal verbanden dat is getoetst, is de kans groot dat de gevonden significante relaties op toeval berusten. De algemene conclusie ten aanzien van gedrag en gedragsdeterminanten luidt dan ook dat de campagne 0-4 jarigen geen effect heeft gehad. Dit resultaat is in overeenstemming met de resultaten van de ongevalsanalyse.

PROCESEVALUATIE

Bereik en beoordeling van de campagne door ouders

Bijna driekwart van de moeders met 0-4 jarige kinderen kende de campagne 'Nijmegen staat op veilig'. Meestgenoemde kanalen waarlangs men iets over de campagne heeft gehoord of gelezen zijn: Kruisvereniging/wijkverpleging, krant en Vrijwillige Veiligheids Voorlichter (VVV-er). Toch geeft de grote meerderheid van de moeders te kennen weinig van de campagne gemerkt te hebben. Van de moeders die de campagne kennen en er een mening over hebben vindt 80 á 90% de campagne informatief en belangrijk.

Door de VVV-ers zijn ruim 700 ouders bereikt (16% van de Nijmeegse gezinnen met kinderen van 0-4 jaar), via groepsvoorlichting vanuit de kruisvereniging zijn 89 ouders bereikt (2% van de gezinnen). Over beide laatstgenoemde kanalen oordelen de ouders in grote meerderheid positief; 37% van de ouders die naar een

voorlichtingsbijeenkomst van de VVV-ers zijn geweest heeft volgend op de voorlichting het huis gecontroleerd op onveilige plekken. Bijna 90% spreekt de intentie uit om maatregelen te gaan treffen om onveilige plekken in huis te veranderen.

In totaal is bijna 20% van de Nijmeegse moeders bereikt via persoonlijke voorlichting, met name door vrijwilligers. Vooral deze persoonlijke contacten zijn essentieel om ouders ervan te overtuigen adequate maatregelen te nemen om de veiligheid in en om huis voor hun kind(eren) te verbeteren.

Opzet en uitvoering van de campagne

Om in één jaar zoveel mogelijk ouders van 0-4 jarigen in Nijmegen te bereiken met interpersoonlijke voorlichting over kinderveiligheid was het nodig dat intermediairs daadwerkelijk voorlichting aan ouders zouden geven. In de campagne is daarom een bijscholing opgezet voor professionele intermediairs, te weten: wijkverpleegkundigen met jeugdgezondheidszorg (JGZ) in hun takenpakket, leidsters van kindercentra en kraamverzorgenden. Daarnaast zijn vrijwilligers geworven en getraind om voorlichting te geven over kinderveiligheid.

Professionele intermediairs

Alle wijkverpleegkundigen met JGZ in hun takenpakket (n=69) en alle kraamverzorgenden (n=77) hebben de bijscholing gevolgd. Een minderheid van de leidsters van kindercentra (n=50) heeft aan de bijscholing meegedaan. De bijscholing is overwegend positief geëvalueerd.

Wijkverpleegkundigen geven aan meer tijd te hebben besteed aan kinderveiligheid in het individuele consult. Echter, bijna de helft vindt dat zij onvoldoende tijd aan kinderveiligheid besteedt. Dit hangt vooral samen met het feit dat zij het moeilijk vinden dit thema met ouders te bespreken. Naast individuele voorlichting hebben wijkverpleegkundigen 11 groepsbijeenkomsten over kinderveiligheid voor ouders georganiseerd. De benodigde tijd voor de organisatie en voorbereiding van een dergelijke bijeenkomst is als knelpunt genoemd.

Leidsters van kindercentra hebben gedurende het campagnejaar beperkt voorgelicht over kinderveiligheid: zij hebben circa negen bijeenkomsten gehouden. Dit hangt samen met de relatief beperkte deelname van leidsters aan de bijscholing.

Daarnaast blijken zijn onvoldoende kennis over kinderveiligheid te hebben en hebben ze geen ervaring met het geven van groepsvoorlichting.

Kraamverzorgenden zijn bijna niet meer voorlichting gaan geven over kinderveiligheid. Zij blijken hiertoe onvoldoende gemotiveerd te zijn, omdat zij dergelijke voorlichting niet tot hun taken rekenen. Daarnaast vindt eenderde het moeilijk veiligheid met ouders te bespreken.

Vrijwillige Veiligheidsvoorlichters (VJV-ers)

Om zoveel mogelijk ouders via interpersoonlijk contact te bereiken is in de campagne geprobeerd 30 vrijwillige veiligheidsvoorlichters te vinden en op te leiden. Het doel daarbij was om voorlichting aan kleine groepjes ouders (5 à 6) te geven, om zodoende een zo krachtig mogelijke campagne te hebben. De werving verliep vrij moeizaam en heeft 20 VJV-ers opgeleverd. De training werd positief gewaardeerd. Uiteindelijk hebben 15 VJV-ers 139 groepsbijeenkomsten gehouden.

De VJV-ers waardeerden het voorlichtingswerk overwegend positief. Nadelen die werden genoemd betroffen in hoofdzaak: administratieve rompslomp, niet verschijnen van ouders op de voorlichtingsbijeenkomsten, de indruk dat men weinig nieuws meer aan de kennis van de ouders kon toe voegen, moeilijkheden bij het leiden van de groepsbijeenkomsten en de wens om een intensievere ondersteuning van de SCV te krijgen.

BELEIDSAANBEVELINGEN

Alhoewel de lokale veiligheidscampagne 'Nijmegen staat op veilig' niet de nagestreefde effecten heeft gehad, heeft de campagne bruikbare informatie opgeleverd om toekomstige lokale (veiligheids)campagnes voor een aantal valkuilen te behoeden.

- * Verken de behoeften bij de doelgroep om aan het probleem aandacht te geven en sluit aan bij die behoefte.
- * Besteed aandacht aan de rol van massamediale kanalen, zoals plaatselijke kranten, radio en affiches. Aan het begin van de campagne om de bekendheid met het probleem te vergroten. Tijdens een campagne om tussentijdse

resultaten van de campagne naar de bevolking terug te koppelen om zodoende de betrokkenheid bij het thema groot te houden.

- * Maak een reële planning van de benodigde tijdsinvestering. Vooral indien het doel is het nastreven van effecten op gedrag en/of gezondheid moet worden uitgegaan van een reële planning en uitvoering van de campagne.
- * Het maken van een reëel tijdsplan geldt eveneens voor activiteiten, zoals het stimuleren van het geven van voorlichting door professionele intermediairs. Daarbij dient ook voldoende aandacht te worden geschonken aan bijscholing en de werktijd die voor voorlichting op het desbetreffende terrein beschikbaar is.
- * Voor het bereiken van de doelgroep is de inzet van vrijwilligers onontbeerlijk. Het organiseren van groepsbijeenkomsten is vrij gecompliceerd gebleken. Het werken met huisbezoeken lijkt daardoor de voorkeur te verdienen, hetgeen waarschijnlijk ook tot gevolg heeft dat meer mensen met een lage sociaal-economische status zullen worden bereikt.
- * Benader in een lokale campagne veiligheid met een benadering die naast voorlichting eveneens structurele maatregelen (speelplaatsen, regelgeving) omvat.
- * Ouders lijken bij onveiligheid sterk te denken aan verkeers(on)veiligheid. Om aan te sluiten bij de beleving van ouders is het daarom aan te bevelen privé-veiligheid samen met verkeersveiligheid aan te bieden.

DEEL I

Hoofdstuk 1: Inleiding

Auteurs:

E. Wortel

W.T.M. Ooijendijk

1. INLEIDING

1.1 'Nijmegen staat op veilig': een lokale veiligheidscampagne

In Nederland, evenals in de meeste geïndustrialiseerde landen, vormen ongevallen in de privésfeer een belangrijk gezondheidsprobleem (Nota 2000, STG rapport). Ongevallen in de privésfeer vormen bij kinderen één van de belangrijkste gezondheidsproblemen. Rogmans (1984) komt aan de hand van een retrospectief bevolkingsonderzoek tot een schatting van 284.000 privé-ongevallen bij 0-4 jarigen per jaar, hetgeen op een incidentie van 33 ongevallen per 100 kinderen van 0-4 per jaar komt. 165.000 privé-ongevallen werden uitsluitend behandeld door de huisarts, 119.000 (eveneens) door de specialist. Van Montfoort (1988) komt met een soortgelijke benadering tot een schatting van 125.000 ongevallen bij kinderen van 0-4 jaar en tot ruim 500.000 ongevallen bij kinderen van 0-14 jaar. Bij kinderen van 0-4 jaar levert dit een incidentie op van rond 14 per 100 kinderen. Een verklaring voor het verschil tussen de resultaten van Rogmans en van Montfoort e.a. is niet eenduidig te geven.

De CBS sterfte statistiek geeft inzicht in de ernstigste ongevallen bij 0-4 jarige kinderen. Jaarlijks overlijden er zo'n 70 à 80 kinderen in de leeftijd tot 4 jaar en zo'n 30 à 40 kinderen van 5-14 jaar ten gevolge van een privéongeval. De meeste overlijdensgevallen doen zich voor ten gevolge van verstikking en verdrinking (CBS, 1986-1989).

In 1986 heeft de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) in overleg met het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO) besloten een lokale veiligheidscampagne op te zetten. Deze campagne is gedurende één jaar in Nijmegen uitgevoerd onder de naam 'Nijmegen staat op veilig'.

De aanleiding voor deze campagne was een lokale veiligheidscampagne in Zweden waardoor het aantal privé-ongevallen met bijna 30% is teruggebracht. Voor kinderen van 0-4 jaar was er zelfs een reductie van bijna 45% (Schelp, 1987).

Het doel van het in Nijmegen uitgevoerde project was om door middel van samenwerkende lokale organisaties/instellingen gedurende één jaar een intensieve

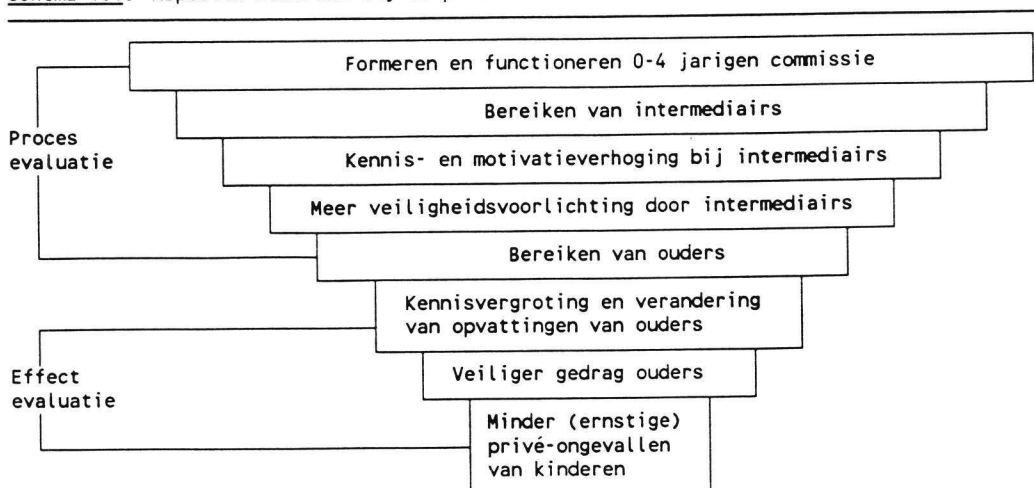
veiligheidscampagne op te zetten teneinde de privé-ongevallen bij 0-12 jarigen te reduceren. Gestreefd werd naar een reductie van 20%. De keuze van de doelgroep 0-12 jarigen was enerzijds ingegeven door het feit dat kinderen uit deze leeftijdscategorie een belangrijke risicogroep vormen, anderzijds door praktische redenen met betrekking tot de uitvoerbaarheid van het project. Een lange termijn doel van de campagne was om in het proefgebied een zodanige samenwerking tussen organisaties te creëren dat zij hun activiteiten ten behoeve van kinderveiligheid na afloop van de campagne zouden voortzetten.

De campagne was onderverdeeld in vijf deelplannen: massamediale voorlichting, voorlichting ten behoeve van 0-4 jarigen, voorlichting gericht op het onderwijs aan 5-12 jarigen, voorlichting vanuit sportorganisaties en wijkgerichte voorlichting. Voor elk deelplan werd een commissie gevormd die werd gecoördineerd door een consultant(e) van de SCV. De commissieleden waren vertegenwoordigers van de participerende organisaties. De opzet van de campagne is niet naar voorbeeld van de Zweedse campagne gebeurd, omdat geen informatie over een concrete opzet van de Zweedse campagne voor handen was.

1.2 Evaluatie van de campagne voor 0-4 jarigen

Het NIPG heeft een evaluatie-onderzoek uitgevoerd rond de campagne Nijmegen staat op veilig. Deze evaluatie heeft zich primair gericht op het campagne-onderdeel voor de groep 0-4 jarigen. De doelstelling van de SCV was om organisaties/instellingen die 0-4 jarigen als doelgroep hebben, aan te zetten tot het geven van (meer) veiligheidsvoorlichting. Dit zou uiteindelijk moeten resulteren in veiliger gedrag van ouders van 0-4 jarigen (d.w.z. het treffen van maatregelen om de omgeving van het kind veiliger te maken) en uiteindelijk tot een reductie van de ongevallen in deze groep. Ouders die de Nederlandse taal beheersen, waren vooral de doelgroep van de voorlichting. Ten behoeve van migranten zijn enige activiteiten ondernomen die in dit rapport buiten beschouwing blijven (zie hiervoor De Geus e.a. 1991). Het evaluatie-onderzoek van de campagne bestaat uit een effect- en een procesevaluatie.

Schema 1.1: Aspecten behorend bij de proces- en effectevaluatie



Effectevaluatie

Het doel van de effectevaluatie was om *effecten* van de campagne vast te stellen op:

- het veiligheidsgedrag van moeders van 0-4 jarigen en daaraan ten grondslag liggende factoren zoals hun kennis en opvattingen omtrent kinderveiligheid. Hierbij is ervan uitgegaan dat gedragsverandering door middel van voorlichting gebeurt nadat veranderingen zijn opgetreden in de gedragsdeterminanten. Informatie over gedrag en determinanten is verzameld bij moeders van 0-4 jarigen.
- het aantal en de ernst van privé-ongevallen van 0-12 jarigen. Ongevalsegevens zijn afkomstig van ziekenhuizen (EHBO) waar volgens het Privé-Ongevallen-Registratie-Systeem (PORS) wordt gewerkt.

Procesevaluatie

Het doel van de procesevaluatie was om het wel of niet optreden van effecten van de campagne te verklaren aan de hand van een beschrijving van het *campagne-proces*. Het optreden van effecten is afhankelijk van hoe de campagne is verlopen. Ouders van 0-4 jarigen moeten bereikt zijn met voorlichting, zowel door interpersoonlijke voorlichting als door voorlichting via de massamedia. Hiervoor is het noodzakelijk dat intermediairs die in contact komen met ouders meer voor-

lichting over kinderveiligheid zijn gaan geven hetgeen weer afhankelijk is van of intermediairs inderdaad zijn bijgeschoold, of zij de bijscholing hebben gewaardeerd en hun kennis en motivatie ten aanzien van kinderveiligheid zijn vergroot.

1.3 Opzet van het rapport

Het rapport bestaat naast deel I uit drie delen. In deel II worden de opzet van de campagne en de methode en resultaten van de effectevaluatie besproken. In hoofdstuk 2 komt de opzet van de 0-4 jarigen campagne aan de orde. Ingegaan wordt op de formatie en het functioneren van de 0-4 jarigen commissie en de activiteiten die deze commissie heeft opgezet voor intermediairs. Daarnaast worden massamediale voorlichtingsactiviteiten beschreven. In hoofdstuk 3 wordt de methode voor de effectevaluatie besproken. In hoofdstuk 4 worden de veranderingen met betrekking tot ongevallen van 0-12 jarigen besproken; in hoofdstuk 5 volgen de resultaten over gedrag en gedragsdeterminanten.

In deel III worden de opzet en resultaten van de procesevaluatie besproken. In hoofdstuk 6 is weergegeven in welke mate ouders zijn bereikt door de campagne en, indien dit mogelijk was vast te stellen, hoe zij de campagne beoordelen. Het gaat hier zowel om mondelinge voorlichting die is gegeven door intermediairs als om voorlichting gegeven via massamediale kanalen. In hoofdstuk 7 wordt beschreven hoe de uitvoering van de activiteiten voor intermediairs is gebeurd en of zij door die activiteiten (meer) veiligheidsvoorlichting zijn gaan geven. In hoofdstuk 8 wordt ingegaan op de voorlichtingsactiviteiten die een jaar na afloop van de campagne worden ondernomen door de organisaties die aan de campagne hebben meegedaan. Hier komt ook de onderlinge samenwerking van de organisaties aan bod en hun verdere plannen met kinderveiligheid.

In deel IV worden de conclusies, de discussie en de aanbevelingen gepresenteerd. De effecten van de campagne op het gedrag van ouders en op de ongevallen van 0-4 jarigen worden hier in het licht van de campagne activiteiten besproken en waar mogelijk verklaard. Tenslotte worden de aanbevelingen gegeven.

DEEL II

- Hoofdstuk 2: Opzet van de campagne
Hoofdstuk 3: Methode effectevaluaties
Hoofdstuk 4: Effecten van de campagne op aantal en aard van de ongevallen
Hoofdstuk 5: Effecten van de campagne op de determinanten en het gedrag van moeders van 0-4 jarigen

Auteurs:

E. Wortel

W.T.M. Ooijendijk

G.H. de Geus

2. OPZET VAN DE CAMPAGNE

2.1 Inleiding

Voor de opzet van de campagne was het allereerst noodzakelijk organisaties bij de campagne te betrekken, waarvan verwacht mocht worden dat zij een bijdrage konden leveren aan de voorlichting aan ouders van 0-4 jarigen. Een commissie waarin vertegenwoordigers van deze organisaties zitting zouden hebben moest worden gevormd, de zogenaamde 0-4 jarigen commissie. Deze commissie had als taak campagne activiteiten te ontwikkelen en op te zetten die door de intermediaire organisaties zouden worden uitgevoerd. De 0-4 jarigen commissie fungeerde als schakel tussen de SCV en de participerende organisaties.

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de 0-4 jarigen commissie is geformeerd, heeft gefunctioneerd en welke activiteiten de commissie heeft ondernomen om intermediairs aan te zetten tot het geven van meer veiligheidsvoorlichting. Doel van deze voorlichting zou vooral moeten zijn om ouders te stimuleren de omgeving van hun kind veilig te maken. Tenslotte wordt beschreven welke massamediale voorlichting (kranten, tentoonstellingen e.d.) door de deelplan commissie 'massamedia' voor ouders van 0-4 jarigen zijn opgesteld.

2.2 De commissie 0-4 jarigen

2.2.1 Formatie

Ruim een jaar voor de aanvang van de campagne is een aantal organisaties door de SCV uitgenodigd voor een eerste bijeenkomst. De volgende organisaties waren bereid mee te doen en zitting te nemen in de commissie:

- de Kruisvereniging Nijmegen (KVN); een districtshoofd en een hoofdwijkverpleegkundige JGZ
- de Stichting Spel en Opvoeding (S en O); een consulent

- de Provinciale Kruisvereniging Gelderland (PKG); een GVO-consulent
- de Vereniging Kindercentra Nijmegen (VKN); een consulente en een vrijwilligster
- de Stichting Consument en Veiligheid (SCV); een consulent en een project-medewerkster

Vanuit de Kraamzorg heeft men wegens gebrek aan menskracht niet in de 0-4 jarigen commissie kunnen participeren. Men heeft wel meegewerkt aan activiteiten voor de kraamzorg.

Naast de vertegenwoordigers van genoemde organisaties had ook het NIPG zitting in de commissie.

2.2.2 Functionering

Taakverdeling

De commissieleden van de betrokken organisaties hadden de volgende taken:

- het uitwisselen van informatie;
- het ontwikkelen van ideeën;
- het uitvoeren van activiteiten, zoals het geven van een bijscholing aan intermediairs, het begeleiden van intermediairs en het ontwikkelen van materialen;
- het doorgeven van informatie aan de achterban;
- het afstemmen van plannen op de mogelijkheden en wensen van de organisaties;
- het signaleren van knelpunten/belemmeringen bij de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten;
- het terugkoppelen van ervaringen.

De mate waarin de commissieleden deze taken konden uitvoeren was afhankelijk van hun functie binnen de organisatie. De SCV-consulente droeg naast bovengenoemde taken de verantwoording voor het:

- coördineren van alle activiteiten;
- stimuleren tot en initiëren van activiteiten;
- voeren van de secretariële- en administratieve ondersteuning;

- produceren van materialen.

De SCV-projectmedewerkster had bij deze taken een ondersteunende functie.

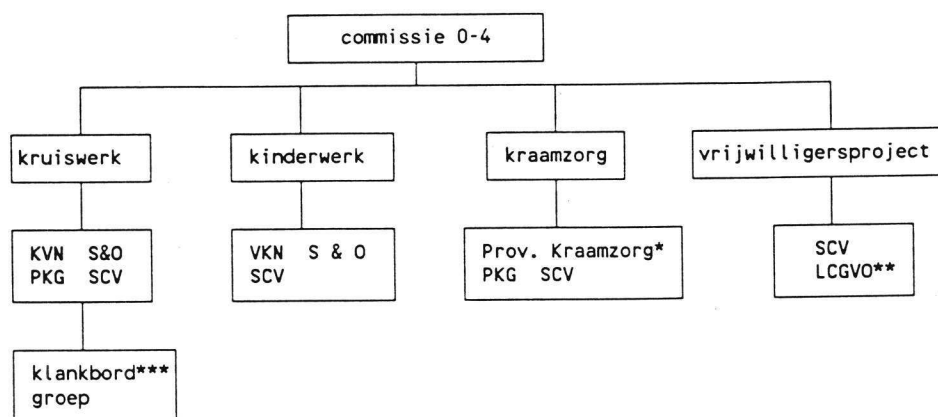
De onderzoekster van het NIPG had de volgende taken het:

- geven van adviezen voor de inhoud van de voorlichting aan ouders op basis van het voorbereidend onderzoek (Wortel & Ooijendijk, 1988);
- aandragen van richtlijnen voor effectieve voorlichting;
- afstemmen van onderzoeksactiviteiten op campagne-activiteiten en vice versa.

Samenwerking

De voltallige commissie kwam gedurende de campagnevoorbereiding en -uitvoering bijeen in geval van terugkoppeling en gezamenlijke beslissingen. Voor de praktische uitwerking en uitvoering van het campagneplan heeft de commissie zich opgesplitst in werkgroepen. In schema 2.1 is weergegeven welke vier werkgroepen zijn gevormd en welke organisaties in de werkgroep participeerden.

Schema 2.1: Organisatie van de samenwerking in de 0-4 jarigen commissie.



- * Activiteiten voor de Kraamzorg zijn opgezet in samenwerking met de opleidingscoördinatrice en het hoofd van het Kraamcentrum.
- ** LCGVO: Landelijk Centrum Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding. Vanuit dit centrum is ondersteuning gegeven bij de training van vrijwilligers.
- *** De klankbordgroep bestond uit zes wijkverpleegkundigen. Hun taak was het geven van feedback op plannen van het Kruiswerk.

Besluitvorming

De besluitvorming in de commissie is steeds gebeurd op basis van consensus. Dit was mogelijk, omdat de deelnemende organisaties geen tegengestelde belangen hadden. Het campagneplan vormde het uitgangspunt om besluiten te nemen, waarbij rekening werd gehouden met praktische mogelijkheden (tijd, geld en menskracht). De leden van de commissie hadden in principe vanuit hun organisatie geen beslissingsbevoegdheid. Voor het nemen van een besluit werd veelal overlegd met de organisatie die men vertegenwoordigde.

2.3 Activiteiten ten behoeve van intermediairs

De activiteiten voor intermediairs bestonden uit het voorbereiden en geven van bijscholingen om hen in staat te stellen veiligheidsvoorlichting te geven. Daarnaast zijn activiteiten ondernomen om vrijwilligers voorlichting te laten geven, omdat bleek dat intermediairs van professionele organisaties te weinig ouders met intensieve voorlichting in een jaar konden bereiken. Bovendien heeft de commissie materialen ter ondersteuning van de voorlichting ontworpen. In schema 2.2 is hiervan een overzicht gegeven:

Schema 2.2: Overzicht van activiteiten van de 0-4 jarigen commissie

	bijscholing/ training aan:	materialen:
Individuele voorlichting:	wijkverpleegkundigen	demonstratiedoos
	kraamverzorgenden	
Groepsvoorlichting :	wijkverpleegkundigen	themadoos handleiding
	leidsters kindercentra	themadoos handleiding
	vrijwilligers	handleiding foto's demonstratiemateriaal schema 'ontwikkeling'
Overige activiteiten :	_____	kijklijsten

2.3.1 Bijscholing wijkverpleegkundigen

Voor de campagne werd door wijkverpleegkundigen geen structurele aandacht geschonken aan veiligheid tijdens individuele- of groepsvoorlichting aan ouders. De commissie 0-4 jarigen had daarom het doel de individuele- en groepsvoorlichting door wijkverpleegkundigen over kinderveiligheid te bevorderen.

Ten behoeve van individuele voorlichting (op het consultatiebureau en tijdens huisbezoeken) is een bijscholing opgezet voor alle wijkverpleegkundigen met Jeugd Gezondheids Zorg (JGZ) in hun takenpakket. Om groepsvoorlichting over kinderveiligheid te bevorderen is ook een bijscholing opgezet bestemd voor een deel van de wijkverpleegkundigen. Daarnaast is ondersteunend materiaal ontworpen voor zowel de individuele- als de groepsvoorlichting.

Individuele voorlichting

Ter voorbereiding van de bijscholing is door hoofdwijkverpleegkundigen een inventarisatie gemaakt van knelpunten in het geven van individuele veiligheidsvoorlichting. De genoemde knelpunten waren de volgende:

- tijdens het consult wordt aan veiligheid weinig prioriteit gegeven: er wordt voornamelijk tijd besteed aan voeding en aan vragen die ouders zelf hebben;
- 'veilig groot worden' kaarten worden in één keer aan ouders uitgereikt en dus niet per ontwikkelingsfase van het kind (gefaseerd uitgereikt);
- wijkverpleegkundigen vinden het moeilijk om veiligheid te bespreken (het wordt als betutteling gezien);
- met name voor onervaren wijkverpleegkundigen is het moeilijk om tijdens het consult een relatie te leggen tussen de ontwikkelingsfase van het kind en mogelijke risico's op een ongeval;

Het doel van de bijscholing was om de kennis en motivatie ten aanzien van kinderveiligheidsvoorlichting te vergroten en hiermee de individuele voorlichting over kinderveiligheid te bevorderen.

De bijscholing bestond uit het:

- bespreken van de stand van zaken met betrekking tot het geven van veiligheidsvoorlichting;

- inventariseren van knelpunten in het geven veiligheidsvoorlichting en het bespreken van oplossingen hiervoor;
- wegnemen van knelpunten door het vergroten van de deskundigheid en het aangeven van de relatie met andere onderwerpen die tijdens de individuele voorlichting aan bod komen.

Materialen:

Ten behoeve van de individuele voorlichting is een demonstratiedoos (demodoos) ontwikkeld met daarin opgenomen:

- een produktinformatiemap met informatie over en afbeeldingen van kinderveilige produkten;
- een aantal kinderveilige artikelen, zoals stopcontactbeveiliging, beschermhoekjes en een raamkierset.

Daarnaast is besloten de werkwijze met de 'veilig groot worden' kaarten te veranderen: fasegewijs in plaats van eenmalig uitreiken.

Groepsvoorlichting

Het doel van de bijscholing voor groepsvoorlichting aan ouders was om wijkverpleegkundigen in staat te stellen (paarsgewijs) een bijeenkomst over kinderveiligheid te organiseren.

De bijscholing bestond uit:

- het vergroten van de deskundigheid met betrekking tot de ernst en omvang van kinderongevallen, de oorzaken ervan en mogelijkheden voor preventie;
- het leren organiseren en uitvoeren van een groepsbijeenkomst door het oefenen met werkvormen.

Ondersteuning bij de opzet en uitvoering van een groepsbijeenkomst werd gegeven door de SCV-consulente en de PKG-consulent.

Materialen:

- een themadoos: deze bevat negen verschillende werkvormen om een themabijeenkomst 'kinderveiligheid' op te zetten en een diaserie 'kind en ongeval'. Ook kon een videofilm 'kinderveiligheid' worden gebruikt;

- een handleiding met richtlijnen voor de organisatorische- en inhoudelijke opzet van een groepsbijeenkomst 'kinderveiligheid'..

De werving is voor bijna alle bijeenkomsten m.b.v. een combinatie van middelen gebeurd: (wijk) kranteberichten, affiches, een folder van de SCV (hand-out), de tentoonstelling en mondeling op het cb.

2.3.2 Bijscholing leidsters/vrijwilligsters via kindercentra

Vóór de campagne werd via kindercentra nagenoeg geen veiligheidsvoorlichting aan ouders gegeven. Doel van de commissie was om leidsters/vrijwilligsters groepsvoorlichting over veiligheid te laten geven aan ouders op het kindercentrum. Daarom is voor leidsters een bijscholing georganiseerd.

Het doel, de inhoud en de ondersteunende materialen van de bijscholing 'groepsvoorlichting' voor leidsters waren dezelfde als van de bijscholing voor wijkverpleegkundigen.

2.3.3 Bijscholing kraamverpleegkundigen en -verzorgenden

Voor de campagne bleken kraamverzorgenden en -verpleegkundigen niet structureel aandacht te schenken aan kinderveiligheid in hun contact met ouders. Het doel van de commissie 0-4 jarigen was om kraamverpleegkundigen en -verzorgenden vaker veiligheidsvoorlichting aan ouders te laten geven door middel van een bijscholing.

De bijscholing bestond uit het:

- bespreken van de stand van zaken met betrekking tot het geven van veiligheidsvoorlichting;
- inventariseren van knelpunten in het geven veiligheidsvoorlichting en het bespreken van oplossingen hiervoor;
- wegnemen van knelpunten door het vergroten van de deskundigheid en het aangeven van de relatie met andere onderwerpen die tijdens de individuele voorlichting aan bod komen.

2.3.4 Training van Vrijwillige Veiligheidsvoorlichters (VVV-ers)

Doel van de commissie was om vrijwilligers te trainen in het geven van veiligheidsvoorlichting aan kleine groepen ouders die bij elkaar in de buurt woonden. De bedoeling was om alle gezinnen met 0-4 jarige kinderen (4500) in Nijmegen te bereiken via deze vrijwilligers. Hiertoe zijn vrijwilligers geworven en getraind.

Werving

Op basis van het bevolkingsregister van de gemeente bleek dat in Nijmegen ± 4500 gezinnen met 0-4 jarigen woonden. Indien ouders van al deze gezinnen via VVV-ers voorgelicht zouden willen worden, waren 30 vrijwilligers nodig. Hierbij werd er vanuit gegaan dat elke vrijwilliger 25 groepsbijeenkomsten van elk zes ouders zou moeten houden. De selectie-criteria waren dat men bereid moest zijn om 25 groepsbijeenkomsten te organiseren en geloofwaardig en zo gelijkwaardig zou overkomen. De werving vond plaats door middel van advertenties in plaatselijke kranten, en wijkkranten en via wijkverpleegkundigen op het cb.

Training ten behoeve van groepsvoorlichting

De training van VVV-ers bestond uit vier onderdelen, namelijk VVV-ers te leren:

- hoe ze ouders moesten werven; ouders werden via een brief en via de telefoon uitgenodigd om aan een veiligheidsbijeenkomst mee te doen
- hoe ze een groepsbijeenkomst moeten leiden; hiertoe werd men getraind in communicatievaardigheden;
- welke veiligheidsvoorlichting ze moesten geven; Ouders moesten geïnformeerd raken over de ongevalsproblematiek, oorzaken van ongevallen en de rol van ouderlijk gedrag hierin.
- hoe ze ondersteunende middelen konden gebruiken.

Materialen:

- een handleiding met informatie over de inhoud en organisatie van groepsvoorlichting;

- foto's met risico-situaties, demonstratiemateriaal, een schema waarin de ontwikkeling van het kind wordt gerelateerd aan risico-situaties.

Bij de opzet en uitvoering van de groepsbijeenkomsten gaf de SCV-consulente ondersteuning.

2.3.5 Overige activiteiten

Zowel voor ruimtes waar cb-zitting werd gehouden als voor kindercentra is een kijklijst gemaakt. Met deze lijst konden onveilige situaties worden opgespoord. Voor de kindercentra was de lijst tevens bedoeld teams/besturen aan te zetten tot de discussie.

2.4 Massamediale voorlichting

Massamediale voorlichtingsactiviteiten waren de volgende:

- een openingsmanifestatie: alle organisaties en instellingen die meededen aan de actie Nijmegen staat op veilig zouden gedurende één dag met een informatie-stand in cultureel centrum 'de Lindenberg' (een centrale plek in Nijmegen) staan;
- een themanummer van de Gelderlander (plaatselijke krant);
- campagne-specifieke affiches (ontworpen door de SCV) om in allerlei openbare gebouwen op te hangen, zoals in bibliotheken, scholen, cb's en gezondheidsdiensten;
- de bestaande folders van de SCV en de nieuw te ontwikkelen folder 'Kinderveiligheid'. De SCV zou de folders onbeperkt beschikbaar stellen voor de actie. Intermediairs, dat wil zeggen wijkverpleegkundigen, leidsters van kindercentra enz. konden via bestelbonnen, die speciaal voor de actie waren ontworpen, folders aanvragen bij de SCV;
- de tentoonstelling '0-4 jarigen' is in Cb-wijkgebouwen, de bibliotheek en het Open Huis (= Gemeentehuis waar tentoonstellingen gehouden worden) opgesteld geweest;

- berichtgeving via wijkkranen;
- gratis folders op de VVV-bijeenkomst, waaronder de folder 'Veilig groot worden' die ten tijde van de campagne is ontwikkeld;

3. METHODE EFFECTEVALUATIES

3.1 Inleiding

De effecten van de 0-4 jarigen campagne zijn nagegaan op gedrags- en gedrags-determinantenniveau en op ongevals niveau.

In het kader van de 'gedragsevaluatie' zijn de volgende vragen gesteld:

1. Hebben moeders ten gevolge van de campagne meer kennis gekregen over preventieve maatregelen en de ernstige gevolgen van ongevallen?
2. Hebben moeders ten gevolge van de campagne andere opvattingen gekregen ten aanzien van preventieve maatregelen? Bijvoorbeeld ten aanzien van de noodzaak om bepaalde maatregelen te treffen in relatie met de leeftijd van het kind en de mate waarin men vindt dat een maatregel helpt om een ongeval te voorkomen.
3. Zijn moeders zich ten gevolge van de campagne veiliger gaan gedragen? Oftewel: treffen zij vaker en/of meer maatregelen om de omgeving van hun kind veilig te maken?

De vragen te beantwoorden bij de ongevalsevaluatie waren de volgende:

1. Is het aantal privé-ongevallen van 0-12 jarigen ten gevolge van de campagne afgenomen?
2. Is het aantal ernstige privé-ongevallen van 0-12 jarigen ten gevolge van de campagne afgenomen?

Om de bovengenoemde vragen te beantwoorden is ondermeer een controlegemeente gebruikt, dit is Woerden. In het hierna volgende zal eerst worden ingegaan op de keuze van zowel de experimentele gemeente als de controle gemeente. Daarna volgt de methodebeschrijving voor de gedragsevaluatie en tenslotte die van de ongevalsevaluatie.

3.2 Keuze experimentele- en controle gemeente

Bij de keuze van de experimentele en de controle gemeente speelden de volgende overwegingen een rol:

- a. gemeenten dienden van voldoende omvang te zijn;
- b. alle ziekenhuizen in de experimentele en controle gemeente dienden mee te doen aan het PORS van de SCV;
- c. de registratie in de betreffende gemeenten diende zo betrouwbaar mogelijk te zijn;
- d. er diende een zo groot mogelijke zekerheid te bestaan over de continuering van de deelname van de ziekenhuizen aan het PORS;
- e. in de experimentele gemeente moest de SCV over een redelijk ontwikkeld netwerk van contacten beschikken;

ad a. De omvang van de gemeente

Met name de experimentele gemeente diende een aantal inwoners te hebben waarbij het mogelijk was enkele onafhankelijke steekproeven te trekken van moeders van kinderen van 0-4 jaar. Omdat gedacht werd aan een steekproefgrootte in de proefgemeente van 1200 moeders, was een minimale omvang van de proefgemeente vereist van 100.000-150.000 inwoners.

ad b. Beschikbaarheid van PORS gegevens

Het PORS wordt naast de beide ziekenhuizen in Nijmegen uitgevoerd in de volgende gemeenten (tussen haakjes het aantal meewerkende ziekenhuizen in de betreffende gemeenten): Amsterdam (2), Dordrecht (1), Ede (1), Eindhoven (1), Helmond (1), Meppel (1), Oss (1), Utrecht (1), Weert (1), Woerden (1), Zierikzee (1). Dat betekent dat uit deze gemeenten een keuze diende te worden gemaakt.

Omdat de campagne gericht zou worden op één proefgemeente, was het van belang om een zo compleet mogelijk inzicht te hebben in de ongevallen die op de poliklinieken ter behandeling werden aangeboden. Grote gemeenten die worden verzorgd door meer dan één ziekenhuis en waarbij een of meer van de ziekenhuizen niet aan het PORS meewerken kwamen daardoor niet als experimentele gemeente in aanmerking. Het risico dat bijvoorbeeld door werkafspraken, perso-

nele wisselingen of taakafbakening tussen ziekenhuizen verschillen in de geregistreerde privé-ongevallen zouden kunnen optreden is evident.

ad c. een zo betrouwbaar mogelijke registratie

Enkele ziekenhuizen waar de PORS registratie werd uitgevoerd kwamen niet in aanmerking omdat de PORS registratie nog niet voldoende goed was georganiseerd, hetgeen aanleiding zou kunnen zijn voor het maken van fouten.

ad d. continuering van de deelname van de ziekenhuizen

Op het moment dat het project werd voorbereid was er nog sprake van dat een deel van de PORS ziekenhuizen na een jaar zou worden opgevolgd door andere ziekenhuizen. Er werd gewerkt aan de hand van een roterende steekproef, waarbij het in de bedoeling lag dat een ziekenhuis niet langer dan enkele jaren deel van de PORS-ziekenhuizen zou uitmaken. Gemeenten met ziekenhuizen die op de nominatie stonden door andere ziekenhuizen te worden vervangen kwamen evenmin in aanmerking als experimentele of controle gemeente.

ad e. bestaand netwerk van contacten

Om niet de kans te lopen dat het project tijdens de voorbereidingsfase al vertraging op zou lopen is ervoor gekozen een zekere voorkeur uit te laten gaan voor een gemeente waarin een goede voedingsbodem voor een veiligheidscampagne leek te bestaan. Onder meer tot uiting komend in de belangstelling voor het onderwerp bij de organisaties in de betreffende gemeente en het hebben van contact met de regionaal consulente van de SCV.

3.3 Gedragsevaluatie

3.3.1 Onderzoeksopzet

Om effecten van de campagne vast te stellen op het gedrag en de gedragsdeterminanten van moeders is de volgende onderzoeksopzet gebruikt:

Schema 3.1: Pretest - posttestdesign met vier verschillende onderzoeksgroepen

Nijmegen	01	X	02
Woerden	01	-	02

01 voormeting
02 nameting
X campagne

De afname van een voor- en nameting in zowel de experimentele als de controle gemeente biedt de mogelijkheid om te controleren voor de meeste bedreigingen van de interne validiteit van de gevonden resultaten (Cook & Campbell, 1979; Van Dongen, 1987).

Gekozen is voor verschillende onderzoeksgroepen voor de voor- en nameting binnen een gemeente om het verlies aan respondenten bij de nameting zoveel mogelijk te voorkomen. Bij een onderzoekszet met gelijke groepen voor de voor- en nameting ontstaat bij de nameting een kleinere groep, omdat kinderen die vijf jaar zijn geworden de onderzoeksgroep verlaten. Bovendien zou verlies aan kinderen voor een aantal maatregelen hoe dan ook optreden, omdat de maatregelen voor een specifieke leeftijdsperiode zijn geanalyseerd (Dit wordt verder toegelicht bij 3.3.3). Bijvoorbeeld: of de campagne ertoe heeft bijgedragen dat trappen beter zijn beveiligd met traphekjes wordt alleen vastgesteld voor kinderen van 9 maanden t/m 2,5 jaar.

In een eerder stadium van het onderzoek bestond bovendien het voornemen om twee nametingen te verrichten. In dat geval zou dat het verlies aan kinderen nog groter zijn geweest bij gelijke groepen binnen een gemeente.

3.3.2 Dataverzameling

Ten behoeve van de dataverzameling is een schriftelijke vragenlijst gemaakt voor moeders van 0-4 jarigen (zie voor de vragenlijst bijlage 2). In schema 3.2 is

weergeven welk type vragen per meting in Nijmegen en Woerden zijn opgenomen:

Schema 3.2: Type vragen opgenomen per meting

vragen:	Nijmegen voormeting	Woerden voormeting	Nijmegen nameting	Woerden nameting
- kenmerken kind, ouders gezin	+	+	+	+
- gedrag, kennis en opvat- tingen	+	+	+	+
- ongevalsgegevens	+	+	+	+
- campagne bereik en beoordeling	-	-	+	-
- voorlichting ontvangen via de reguliere kanalen	-	-	-	+

Bij alle metingen zijn dezelfde vragen gesteld over de kenmerken van het kind, het gezin en de ouders enerzijds en vragen over gedrag en determinanten anderzijds. Bij de nameting zijn geen vragen meer gesteld over de plaats van het ongeval, de tijd en activiteit; enerzijds omdat deze vragen achteraf niet relevant waren ter beantwoording van de onderzoeksvraag, anderzijds om ruimte te winnen voor andere vragen. In Nijmegen zijn bij de nameting vragen gesteld over de campagne. In Woerden zijn vragen gesteld over de voorlichting die moeders over kinderveiligheid hebben gehad via de reguliere kanalen.

In het volgende zal worden ingegaan op de operationalisatie van het veiligheidsgedrag, de determinanten en de kenmerken van het kind, de ouders en het gezin. De vragen opgenomen in verband met ongevalsgegevens worden bij de ongevals-evaluatie besproken. De vragen gesteld bij de nameting over het bereik en de kanalen waarlangs is voorgelicht in Nijmegen worden in hoofdstuk 6 beschreven.

Operationalisaties

Preventieve maatregelen

De selectie van maatregelen is aan de hand van de volgende criteria gedaan:

- de maatregel moet een bijdrage leveren aan preventie van ongevalssituaties die ernstig letsel/overlijden kunnen veroorzaken;

- de maatregel moet door de SCV aanbevolen worden;
- de maatregel moet voor een groot deel van de onderzoeksgroep mogelijk zijn om te treffen.

Om *vergiftiging* te voorkomen is eerst gevraagd naar de wijze waarop men huishoudelijke middelen, doe het zelf middelen en medicijnen bewaart. Gevraagd is of men deze produkten op een hoge plek (1 1/2 meter of hoger) bewaart, in een kastje heeft staan en of men die kast op slot heeft. Voor cosmetica, alcoholische dranken, rookwaar en giftige planten is gevraagd of men deze produkten buiten bereik van het kind houdt.

Ter voorkoming van *verbranding* zijn vragen gesteld over hoe vaak men: het kind niet op schoot neemt als men (hete) thee of koffie aan het drinken is, een volle thee- of koffiepote altijd zo wegzet dat het kind er niet bij kan komen, het kind uit de keuken houdt tijdens het koken en hoe vaak men lucifers en aanstekers buiten bereik van het kind houdt. Daarnaast is gevraagd of men een fornuisrekje om de kookpitten heeft, en een ovendeur- en ovenruitbeschermer heeft.

Ter preventie van *vallen* is gevraagd of men: boven en beneden aan de trap(pen) een traphekje heeft, wat voor hekje(s) men heeft, of men scherpe hoeken en randen in de huiskamer heeft voorzien van stootmateriaal, of men de ramen waaruit het kind kan vallen, heeft voorzien van raambeveiligers en of men de douchebak en/of de badkuip heeft voorzien van anti-slipmateriaal.

Om *verstikking* te voorkomen is gevraagd hoe vaak men: klein speelgoed dat ingeslikt kan worden buiten bereik van het kind houdt, speelgoed regelmatig controleert op loszittende delen, plastic zakken en tassen die het kind over het hoofd kan trekken buiten bereik houdt en geen hard snoepgoed aan het kind geeft.

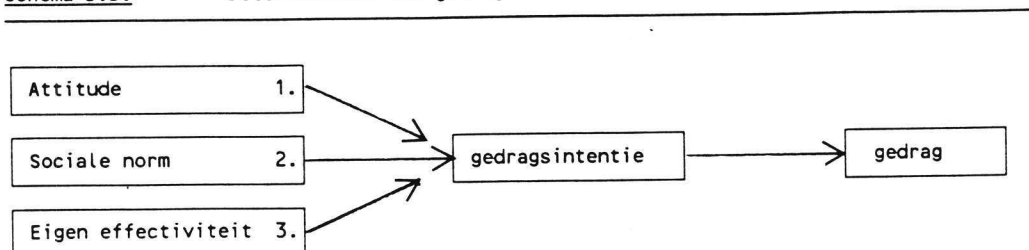
Om *verdrinking* te voorkomen is gevraagd of men water in of grenzend aan de tuin heeft afgeschermd en of men wel eens contact heeft opgenomen met de gemeente om gevaarlijk water in de buurt van het huis af te screenen.

Tenslotte is ter voorkoming van *beknelling* van ledematen als het kind achterop de fiets zit gevraagd of men een kinderzitje of voetsteuntjes heeft en of men jasbeschermers en een zadelveerbeschermer heeft; om beknelling van vingers tussen de deur te voorkomen is gevraagd of men op deuren deurstrips heeft bevestigd en of men een deur die een tijdje open moet staan, zo vast zet dat hij niet onverwacht kan dichtslaan.

Determinanten

Voor de operationalisatie van de determinanten is onder meer het volgende model als kader gebruikt (Ajzen, 1987; Kok e.a., 1991).

Schema 3.3: Determinanten van gedrag



In dit model wordt ervan uitgegaan dat gedrag het beste voorspeld wordt door de gedragsintentie. De intentie wordt beïnvloed door drie groepen determinanten:

1. Attitude; de attitude is opgebouwd uit de voor- en nadelen die iemand aan gedrag koppelt en de evaluaties hiervan (bijv. hoe erg vindt men een nadeel). Een voordeel van preventief gedrag is het voorkomen van ziekte, ongevallen e.d. De mate waarin men dit verband ziet wordt respons-effectiviteit genoemd.
2. Sociale norm; deze is opgebouwd uit opvattingen van personen die belangrijk zijn voor de persoon in kwestie (referentiepersonen) en de mate waarin men met die referentiepersonen instemt.
3. Eigen effectiviteit; hiermee wordt bedoeld de mate waarin iemand in staat denkt te zijn het aanbevolen gedrag uit te kunnen voeren.

In dit onderzoek is, om de omvang van de vragenlijst te beperken, een deel van het hierboven gepresenteerde gedragsmodel geoperationaliseerd. Buiten beschouwing gelaten zijn de gedragsintenties. Bovendien zijn de attitude en sociale norm niet volledig geoperationaliseerd: voor de attitude zijn geen vragen opgenomen over de evaluaties van voor- en nadelen. Voor de sociale norm is de mate van instemming met de referentiepersoon niet gemeten. Wat betreft de keuze van de voor- en nadelen en de referentiepersonen is uitgegaan van een minimum aantal.

Door middel van een kwalitatief onderzoek is een beeld verkregen van de belangrijkste nadelen die ouders verbinden aan het treffen van omgevingsmaatregelen en van de belangrijkste referentiepersoon (Wortel & Ooijendijk, 1988). De belangrijkste redenen die genoemd zijn om een maatregel niet te treffen, zijn de last van een maatregel en in geval het om het aanbrengen van een produkt gaat (bijv. een traphekje) de prijs van het produkt en of het lelijk staat. De belangrijkste referent was de partner. Daarnaast hebben ouders als reden genoemd om een maatregel niet te treffen dat zij de maatregel niet kenden of dat zij de maatregel op deze leeftijd niet nodig vonden. Deze variabelen zijn ook opgenomen in de vragenlijst.

Het hiervoor besproken gedragsmodel is van toepassing op welk gedrag dan ook. Aangezien het treffen van veiligheidsmaatregelen opgevat kan worden als gezondheidsgedrag, hebben we tevens een aantal variabelen uit het Health Belief Model (Janz & Becker, 1984) opgenomen, een model dat bedoeld is om gezondheidsgedrag te verklaren. De betreffende variabelen zijn de 'respons-effectiviteit' en de 'dreiging'.

De respons-effectiviteit staat voor de mate waarin iemand denkt dat bepaald gedrag de kans op een ziekte/ongeval kan reduceren. De respons-effectiviteit is dus een voordeel van het aanbevolen gedrag en kan daarmee worden opgevat als een component van de attitude. De dreiging bestaat uit de inschatting die iemand maakt van de kans om geconfronteerd te worden met de aandoening en de inschatting van de ernstige gevolgen ervan.

Voor drie ongevalstypen - verstikking, verdrinking en beknelling - is slechts één determinant geoperationaliseerd: de bekendheid met de maatregel. Voorafgaand aan de vragen over de determinanten zijn de bovengenoemde maatregelen gepresenteerd. Er is gebruik gemaakt van drie- en vierpuntsschalen. Elke vraag heeft bovendien een categorie 'geen idee/weet niet'.

Bekendheid met de maatregel

Bekendheid met de maatregel, is nagegaan door te vragen of men de maatregel niet kent of nog niet eerder aan de maatregel heeft gedacht.

Noodzaak van de maatregel

De noodzaak van de maatregel gezien de leeftijd van het kind is bepaald door de vraag of men de maatregel op deze leeftijd van het kind nodig vindt (nodig, te jong, te oud, nooit nodig).

Voordeel van de maatregel (responseeffectiviteit)

Om de responseeffectiviteit te meten is gevraagd in hoeverre men denkt dat de maatregel helpt om een ongeval van hun kind te voorkomen (helpt veel, een beetje of niet).

Nadelen van het treffen van de maatregel

Om de nadelen van de maatregel na te gaan, is gevraagd in hoeverre men de maatregel lastig vindt (heel, vrij of niet lastig.). Indien de maatregel bestaat uit het kopen en aanbrengen van een veiligheidsprodukt is ook gevraagd in hoeverre men de maatregel duur (heel, vrij of niet duur) en lelijk in huis vindt (heel, vrij of niet lelijk).

Referentopvatting

Om de referentopvatting te bepalen, is gevraagd of men denkt dat de partner vindt dat de maatregel voor het kind moet worden getroffen (ja, zeker, ik denk het wel, ik denk het niet, nee, zeker niet).

Eigen effectiviteit

De eigen effectiviteit is nagegaan door te vragen hoe vaak men denkt dat het lukt om de maatregel te treffen (altijd/vaak, regelmatig, soms/nooit)

Kans en ernst

Gevraagd is hoe groot men de kans inschat dat het (eigen) kind in de thuissituatie met een ongevalssituatie in aanraking komt (heel, vrij of niet groot) en hoe ernstig men de gevolgen hiervan inschat. Voor de ernst zijn per ongevalstype verschillende antwoordcategorieën gebruikt. Voor vergiftiging is gevraagd hoe giftig het produkt is (heel, vrij of niet giftig); voor verbranding welke graad brand-

wonden het kind krijgt (eerste-, tweede- of derdegraads)* en voor vallen is gevraagd naar de ernst van de verwonding (heel, vrij of niet ernstig). Bij vergiftiging is van meer produkten naar de ernst gevraagd dan naar de kans.

Achtergrondkenmerken

Gevraagd is naar kenmerken van het kind, de moeder en het gezin.

- | | | |
|----------------|---|---|
| Van het kind: | - | het geslacht; |
| | - | het eerstgeboren kind in het gezin of niet; |
| | - | ervaring met een privé-ongeval waarvoor het bij de huisarts of in het ziekenhuis is geweest en voor hoeveel ongevallen. |
| Van de moeder: | - | de leeftijd, burgerlijke staat en nationaliteit; |
| | - | de opleiding; |
| | - | het beroep en of men buitenshuis werkt en hoeveel uur per week; |
| | - | of men het consultatiebureau regelmatig bezoekt; |
| | - | of men een EHBO-diploma heeft (gehad); |
| | - | of men wel eens informatie heeft gehad over de preventie van privé-ongevallen; |
| Van het gezin | - | het aantal ouders in het gezin; |
| | - | de opleiding van de partner; |
| | - | de soort woning; |
| | - | het aantal overige kinderen en hun leeftijd; |
| | - | de ervaring van die kinderen met een privé-ongeval |

Pretest van de vragenlijst

De conceptvragenlijst van de voormeting is in twee rondes gepretest. Bij vier moeders met 0-4 jarigen is de allereerste versie van de vragenlijst uitgeprobeerd. Aan de 'proefmoeders' is gevraagd of ze de introductiebrief en de invulinstructie duidelijk vonden, welke vragen ze niet begrepen hadden of onduidelijk vonden,

* Eerstegraads brandwonden zijn vrij licht; derdegraads brandwonden zijn de ernstigste brandwonden.

welke vragen ze vreemd vonden en tenslotte hoe lang ze over het invullen hadden gedaan. Naar aanleiding hiervan is de lay-out van de vragenlijst veranderd en is de vragenlijst ingekort. De nieuwe versie is in een tweede ronde voorgelegd aan 20 moeders. Het invullen van deze versie leverde nauwelijks problemen op en is gebruikt als definitieve versie.

Procedure

De vragenlijst is samen met twee begeleidende brieven verstuurd: één brief van de gemeente waarin wordt vermeld dat zij een steekproef ter beschikking hebben gesteld en een brief van het NIPG waarin de bedoeling van de vragenlijst wordt toegelicht (bijlage 1).

Vanwege de korte periode die er over was tussen het versturen van de vragenlijst in Nijmegen en de start van de campagne, is besloten de vragenlijsten persoonlijk op te halen. Deze procedure moest daarom ook bij de drie andere metingen worden gevolgd. In de begeleidende brief is aangekondigd op welke dagen de vragenlijst zou worden opgehaald. Het ophalen van de vragenlijsten is in Nijmegen beide keren door 17 personen gebeurd en in Woerden door vier personen. De ophalers zijn van te voren geïnstrueerd over de werkwijze. In twee dagen zou iedere respondent indien nodig minimaal drie maal worden bezocht. Bij de derde keer zou een brief (met de vraag om mee te doen) en een antwoordenvelop in de bus worden gedaan.

3.3.3 Verwerking van de gegevens

Maatregelen

Om uitspraken te kunnen doen over de mate waarin men zich veilig gedraagt, is de intensiteit of frequentie waarmee men maatregelen treft naar veiligheid ingedeeld. De intensiteit of frequentie is voor sommige maatregelen in twee categorieën ingedeeld; veilig en onveilig. Voor andere maatregelen is gekozen voor drie categorieën, omdat minder duidelijk was waar de grens ligt tussen de uitersten: veilig - tamelijk veilig - onveilig. Daarnaast bestaat het veiligheidsgedrag van ouders soms uit een samenstelling van maatregelen (bijv. het bewaren van medi-

cijnen: hoog, in een kast en op slot) en is op basis van die samenstelling het gedrag ingedeeld naar veiligheid.

De resultaten hebben steeds betrekking op moeders:

- voor wie de maatregel noodzakelijk is vanwege de leeftijd van hun kind. De noodzaak van de maatregel gezien de leeftijd van het kind is vastgesteld aan de hand van de motorische- en intellectuele vaardigheden die een kind op een bepaalde leeftijd heeft. Hiervoor is het ontwikkelingsschema gebruikt uit de folder 'Kinderveiligheid' (SCV, 1988). Dit schema geeft aan hoe de relatie is tussen de leeftijd van het kind, het bijbehorende ontwikkelingsniveau en het voorkomen van bepaalde ongevallen. Bijvoorbeeld: vergiftiging door bleekwater gebeurt vanaf 6 maanden. Vanaf die leeftijd is het kind in staat naar het keukenkastje te gaan, de deur van het kastje open te maken en de dop van de fles af te draaien (motorisch); daarnaast wil het kind alles ontdekken, vooral door dingen in de mond te stoppen, maar ziet niet het gevaar van het drinken van bleekwater (intellectueel). In bijlage 3 is een overzicht gegeven van de maatregelen die in dit onderzoek zijn onderzocht en de leeftijdsgroep waarvoor ze noodzakelijk zijn.
- bij wie de ongevalssituaties waarop de maatregelen betrekking hebben zich kunnen voordoen. Bijvoorbeeld als er geen (vaste) trap in huis is of er niemand in huis rookt, zijn de vragen over traphekjes en het opbergen van rookwaar niet van toepassing.

Determinanten

Op basis van de frequentieverdelingen van de determinanten zijn bijna alle determinanten teruggebracht naar twee categorieën.

3.3.4 Steekproef en respons

Uit de bevolkingsregisters van de gemeente Woerden en Nijmegen is een aselechte, gestratificeerde steekproef getrokken. Om de jaargroepen zo veel mogelijk evenredig in de steekproef te laten voorkomen, was de leeftijd van het kind het stratificatiecriterium. Gekozen is voor kinderen van ouders met de Nederlandse natio-

naliteit, omdat de Nijmeegse campagne primair was gericht op ouders die de Nederlandse taal beheersen. In de praktijk betekende dit dat kinderen geselecteerd werden op basis van het hoofd van het gezin, dus bijna altijd de vader van het kind. Verder zou slechts één kind per gezin in de steekproef opgenomen moeten worden om afhankelijke waarnemingen in de onderzoeksgroep te voorkomen.

In Nijmegen woonden ± 4500 gezinnen met 0-4 jarigen en is gekozen voor een steekproef omvang van 1500 kinderen per meting. Deze steekproefomvang maakte het mogelijk om volgens de oorspronkelijke opzet drie maal een steekproef te trekken uit het totale bestand van gezinnen. In iedere jaargroep zouden 300 kinderen opgenomen worden.

In Woerden waar ± 900 gezinnen met 0-4 jarigen woonden, is gekozen voor een steekproef omvang van 300; in iedere jaargroep zaten 60 kinderen.

Bij het bepalen van de respons is voor alle metingen van het volgende uitgegaan:

- één vragenlijst per gezin kan in de onderzoeksgroep worden opgenomen;
- vragenlijsten die zijn ingevuld door de vader worden niet verwerkt;
- vragenlijsten voor geestelijk en/of gehandicapte kinderen worden buiten beschouwing gelaten evenals vragenlijsten waarin niet duidelijk is aangegeven dat het kind niet gehandicapt is;
- kinderen van ruim vijf jaar worden niet in de onderzoeksgroep opgenomen;
- vragenlijsten die onbestelbaar zijn worden niet tot non-respons gerekend;
- bij de nametingen kunnen geen vragenlijsten voorkomen van kinderen die ook aan de voormeting hebben meegedaan.

Op basis van deze criteria is voor elke meting duidelijk geworden hoeveel moeders een vragenlijst hebben toegestuurd gekregen en hoeveel van de teruggekregen vragenlijsten aan de bovengenoemde criteria voldoen. In schema 3.4 is per meting de totstandkoming van de respons weergegeven.

Schema 3.4: Respons voor de voor- en nameting in Nijmegen en Woerden

	Nijmegen		Woerden	
	voormeting	nameting	voormeting	nameting
Aantal verstuurd	1500	1461*	300	300**
Aantal terecht verstuurd	1345	1415	287	290
Aantal ontvangen	1129	1118	247	254
Respons	84%	79%	86%	88%

* bij inspectie van de steekproef bleek dat toch een aantal gezinnen met twee kinderen in de steekproef waren vertegenwoordigd en dat sommige kinderen ook aan de voormeting hadden meegedaan. Deze kinderen zijn vóór verzending van de vragenlijsten geselecteerd.

** bij de nameting is deze steekproef in twee stappen tot stand gekomen, omdat van tevoren bekend was dat de gemeente Woerden niet in staat was om één kind per gezin te selecteren en de kinderen van de voormeting buiten beschouwing te laten. In eerste instantie zijn 350 kinderen in de steekproef opgenomen en daarna nog eens 100 extra (20 per jaargroep) om uiteindelijk tot een steekproefomvang van 300 kinderen te komen.

3.3.5 Vergelijkbaarheid van de onderzoeksgroepen op demografische kenmerken

Om effecten na te gaan van de campagne is het van belang dat de vier onderzoeksgroepen vergelijkbaar zijn op kenmerken die het wel of niet optreden van effecten kunnen beïnvloeden, zoals demografische kenmerken. Twee demografische kenmerken komen hiervoor in aanmerking: de opleiding van de moeder en of het gaat om haar eerste kind of niet. Bekend is dat hoger opgeleide personen vaak beter geïnformeerd zijn en via meer kanalen voorlichting krijgen dan lager opgeleiden. Hoger opgeleiden zouden daardoor meer door de campagne beïnvloed kunnen worden dan lager opgeleiden.

Daarnaast bestaat het vermoeden dat moeders met een eerste kind meer open staan voor informatie dan moeders met een volgend kind, omdat de eerstgenoemde onzekerder zijn. Bovendien hebben moeders met een eerste kind waarschijnlijk nog geen vaste gedragspatronen (gewoontes) en zijn zij wellicht gemakkelijker te veranderen dan moeders met een volgend kind (Van Rijn e.a., 1991). De vergelijkbaarheid op deze kenmerken is getoetst met behulp van chi-kwadraat (zie tabel 3.1 en 3.2).

Tabel 3.1: Vergelijkbaarheid van de vier onderzoeksgroepen voor de opleiding van de moeder

Opleiding	Nijmegen vm	Woerden vm	Nijmegen nm	Woerden nm
Lage opleiding	29.4	32.0	27.4	28.5
Middelbare opl.	38.8	45.2	37.5	49.6
Hoge opleiding	31.7	22.8	35.1	22.0
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0

chikwadraat = 29.60; df = 6; p < .01

Tabel 3.2: Vergelijkbaarheid van de vier onderzoeksgroepen voor eerste kind of niet

	Nijmegen vm	Woerden vm	Nijmegen nm	Woerden nm
Eerste kind	48.2	39.2	67.4	44.0
Niet eerste kind	51.8	60.8	32.6	56.0
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0

chikwadraat = 126.80; df= 3; p < .01

In Nijmegen en Woerden zijn bijna evenveel laag opgeleide moeders, maar in Nijmegen zijn meer moeders met een hoge opleiding dan in Woerden. In Nijmegen hebben meer moeders de vragenlijst ingevuld voor een eerste kind. In Woerden verschillen moeders van de voormeting nauwelijks van de moeders van de nameting in het hebben van een eerste kind of niet. In Nijmegen hebben moeders van de nameting in vergelijking met die van de voormeting vaker een eerste kind.

3.3.6 Analyse van de gegevens

Om de effecten van de campagne vast te stellen is gebruik gemaakt van logistische regressie-analyse. Deze vorm van regressie-analyse is geschikt indien de afhankelijke variabele, hier gedrag, kennis en opvattingen van moeders, dichotoom zijn. Alvorens de variabelen van het regressiemodel te presenteren, moeten twee punten worden toegelicht:

1. mogelijk is er een verschil in uitgangssituatie voor Nijmegen en Woerden op de afhankelijke variabele (gedrag en determinanten). Verschillen die al bij de voormeting aanwezig zijn tussen moeders uit Nijmegen en moeders uit Woerden kunnen ten gunste of ten nadele van het constateren van effecten van de campagne werken.
2. mogelijk zijn verschuivingen in de tijd opgetreden welke niet zijn veroorzaakt door de campagne. Een indicatie hiervan zou een verschuiving tussen de voor- en nameting in Woerden zijn.

Regressiemodel

In het regressiemodel zijn daarom opgenomen als onafhankelijke variabelen:

- 'stad' welke het verschil in uitgangssituatie tussen Nijmegen en Woerden aangeeft (punt 1);
- 'meting' welke het verschil tussen de voor- en nameting in Woerden weergeeft (punt 2);
- de interactie van 'stad' en 'meting' welke aangeeft in hoeverre het effect in Nijmegen na de campagne verschilt van die in Woerden;

Zoals is beschreven blijken moeders uit Nijmegen en Woerden te verschillen in opleiding en het hebben van een eerste kind of niet. Voor deze verschillen moet gecorrigeerd worden om vertekening van de resultaten te voorkomen.

In het regressiemodel zijn daarom als confounders opgenomen:

- opleiding van de moeder;
- eerste kind of niet.

De coëfficiënten uit een logistische regressie analyse kunnen worden omgerekend in Odds Ratio's. Een Odds is een verhouding tussen twee kansen. Bijvoorbeeld: een Odds kan de kans op veilig gedrag ten opzichte van de kans op onveilig gedrag in een onderzoeksgroep weergeven. Een Odds Ratio (OR) is een verhouding van twee Odds. Bijvoorbeeld: de Odds van de onderzoeksgroep van de nameting in Nijmegen ten opzichte van de Odds van de onderzoeksgroep van de nameting in Woerden.

De effecten van de Nijmeegse campagne op het gedrag en op de gedragsdeterminanten van moeders worden in Odds Ratio's uitgedrukt. In dit onderzoek bete-

kent een OR groter dan 1 een toename op een aspect ten gevolge van de campagne; en een OR kleiner dan 1 betekent een afname op dat aspect ten opzichte van de controlegroep. Een OR gelijk aan 1 betekent dat er niets in Nijmegen is gebeurd. Bijvoorbeeld: een OR van 1,5 voor de interactie term uit het regressiemodel betekent dat de Odds (verhouding veilig-onveilig gedrag) in Nijmegen 1,5 maal zo veel is toegenomen in vergelijking met de verandering van de Odds in Woerden.

We zullen een fictief voorbeeld geven van de Odds Ratio van de interactie 'stad-meting', van 'stad' en van 'meting'. Voor de inzichtelijkheid worden de confounders 'opleiding van de moeder' en 'eerste kind of niet' even buiten beschouwing gelaten.

Stel dat de resultaten voor een bepaalde maatregel er als volgt uitzien:

Tabel 3.3: Percentage moeders dat zich veilig of onveilig gedraagt m.b.t. maatregel X voor Nijmegen en Woerden ten tijde van de voor- en nameting

	Nijmegen		Woerden	
	voor	na	voor	na
Veilig	60 30%	132 60%	18 36%	26 43.3%
Onveilig	140 70%	88 40%	32 64%	34 56.7%
Totaal	200 47.6%	220 52.4%	50 45.5%	60 54.5%

De Odds Ratio's die bij deze resultaten horen, zijn als volgt:

- OR-stad = .76; $p < .41$
- OR-meting = 1.36; $P < .43$
- OR-interactie = 2.57; $p < .04$

Deze resultaten geven aan dat er geen significant verschil is tussen de situatie in Nijmegen en Woerden vóór de campagne ('stad') en dat er geen verschil is tussen de voor- en nameting in Woerden ('meting'). Er is wel een significant interactie-effect.

Om inzichtelijk te maken hoe de OR's tot stand zijn gekomen, worden ze in het volgende uitgewerkt:

- OR-stad : $\frac{60/140}{18/32} = \frac{.4286}{.5625} = .7619$
- OR-meting (OR-Woerden) : $\frac{26/34}{18/32} = \frac{.7647}{.5625} = 1.3595$
- OR-Nijmegen : $\frac{132/88}{60/140} = \frac{1.5}{.4286} = 3.5$
- OR-interactie : $\frac{3.5}{1.3595} = 2.57$

Een Or-interactie van 2.57 betekent dat de verhouding veilig-onveilig gedrag in Nijmegen bij de nameting 2.57 maal is toegenomen ten gunste van het percentage veilige moeders.

Betrouwbaarheidsinterval 95%

De OR berekend op basis van de gegevens uit de onderzoeksgroep is een schatting van de werkelijke OR in de populatie. Het 95% betrouwbaarheidsinterval (behorend bij $p < .05$) geeft een indruk van de precisie van de gevonden OR in de onderzoeksgroep. Daarom is voor alle significante OR's, dus voor alle effecten van de campagne, een betrouwbaarheidsinterval berekend.

3.4 Ongevallenevaluatie

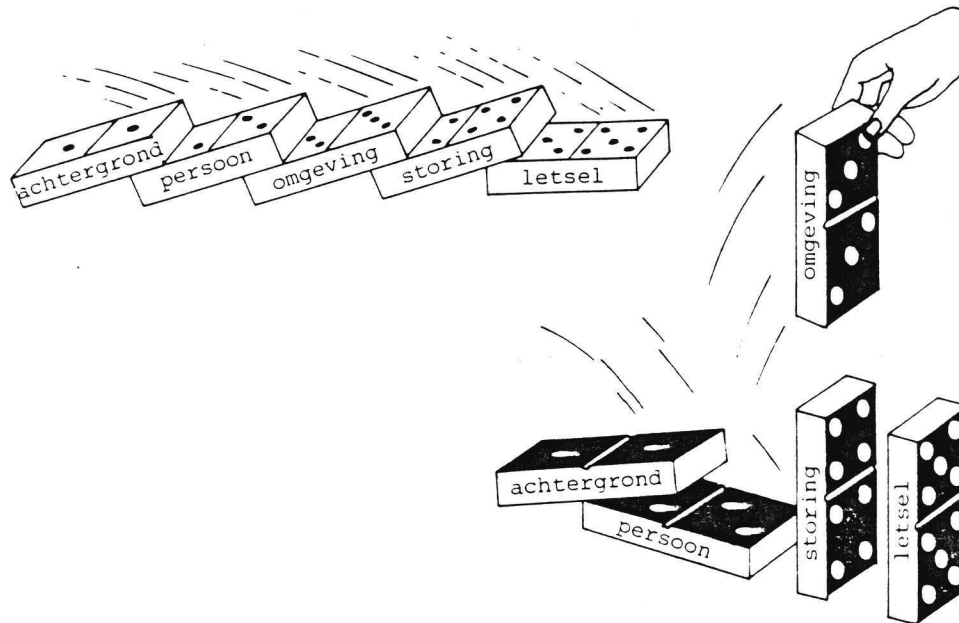
Zoals in hoofdstuk 1 is vermeld, is één van de doelen van het project het vaststellen van effecten van de campagne op het aantal en de ernst van privé-ongevallen van kinderen tot en met 12 jaar. In concreto is bij de start van het project vastgelegd te streven naar een vermindering van het aantal ongevallen in de privésfeer bij jongeren van 0-12 jaar van 20%.

Omdat het bij de evaluatie van een interventie op basis van aantal en ernst van de ongevallen van belang is nauwkeurig te beschrijven wat onder een ongeval wordt verstaan, zal eerst het begrip ongeval worden gedefinieerd.

In het project 'Nijmegen staat op veilig' is ervan uitgegaan dat een ongeval het resultaat is van een serie gebeurtenissen, waarbij menselijk handelen een rol

speelt en dat tot waarneembaar letsel kan leiden. In figuur 3.a wordt weergegeven welke stappen in het gebeuren van een ongeval kunnen worden onderscheiden.

Figuur 3.a: Te onderscheiden stappen bij het gebeuren van een ongeval



(Rogmans, 1984)

Als ongevalsdefinitie wordt gehanteerd:

Een ongeval is het resultaat van een riskante situatie die voortkomt uit de interactie van het kind met zijn omgeving en die tot waarneembaar letsel heeft geleid.

Met het begrip waarneembaar letsel wordt bedoeld: letsels die geregistreerd zijn.

In 'Nijmegen staat op Veilig' voorzag het onderzoek in een registratie van ongevallen via het Privé Ongevallen Registratie Systeem (PORS) en gegevens verkregen via de afname van schriftelijke vragenlijsten van moeders van 0-4 jarige kinderen.

Om ontwikkelingen in de ongevalsincidentie te kunnen vaststellen zijn de volgende criteria bij de afbakening van een ongeval (onbedoeld letsel) gehanteerd:

1. het bezoek van de EHBO-polikliniek ten gevolge van een ongeval (PORS) en
2. het hebben bezocht van huisarts en/of ziekenhuis ten gevolge van een ongeval (schriftelijke vragenlijsten).

Bovenstaande criteria sluiten goed aan bij recente engelstalige literatuur, waarin de term ongeval (accident) meer en meer verlaten wordt voor de term onopzettelijke verwonding (unintentional injury). Hiermee verwijzend naar de verwonding als het resultaat van de riskante situatie. Aan de term accident zou teveel een betekenis van niet-beïnvloedbaar toeval kleven.

3.4.1 Beschrijving van de gebruikte methoden bij de dataverzameling; PORS en afname schriftelijke vragenlijst

Het PORS

Het doel van het PORS is het registreren van alle ongevallen, uitgezonderd verkeers- en arbeidsongevallen in Nederland. Hiervoor worden gegevens verzameld die inzicht geven in de incidentie van ongevallen in de privésfeer op 14 Eerste-Hulpafdelingen van ziekenhuizen.

De belangrijkste doelstellingen die met het PORS worden nagestreefd zijn (SCV 1989):

- a. het verschaffen van betrouwbare basisgegevens over de omvang en de ernst van ongevallen in de privésfeer;
- b. het aandragen van voldoende handvatten voor het vaststellen van prioriteiten;
- c. het vormen van een bestand aan basisgegevens van waaruit vervolgonderzoek kan worden uitgevoerd;
- d. het verschaffen van informatie die voldoende specifiek is om de effecten van preventieve acties te evalueren.

Voor de registratie zijn 14 ziekenhuizen ingeschakeld. Deze ziekenhuizen zijn verkregen door het nemen van een steekproef uit een totaal van rond 140 algemene en academische ziekenhuizen met een continu bezette Eerste-Hulpafdeling. De steekproef is gestratificeerd naar de kenmerken 'grootte van het ziekenhuis' (aantal bedden) en 'urbanisatiegraad van de woonplaats van de patiënt'.

Tot 1987 is gebruik gemaakt van een 'rolling sample' van ziekenhuizen. Dit betekent dat de helft van de ziekenhuizen om de 2,5 jaar werd vervangen. De zieken-

huizen werkten vijf jaar mee aan het PORS-project. Met ingang van 1988 heeft de steekproef van ziekenhuizen een constante samenstelling gekregen. Het belangrijkste voordeel hiervan was het opbouwen van kennis over het coderen van het PORS.

De volgende gegevens worden standaard ten behoeve van het PORS geregistreerd:

- korte beschrijving van de ongevalstoedracht;
- leeftijd en geslacht van het slachtoffer;
- vervolg van de behandeling (opname, specialistische hulp en dergelijke);
- bij ziekenhuisopname het aantal opnamedagen;
- type ongeval (val van hoogte, vergiftiging en dergelijke);
- tijdstip en datum van behandeling;
- plaats waar het ongeval gebeurd is;
- activiteit van het slachtoffer ten tijde van het ongeval;
- producten/gebruiksvoorwerpen die bij het ongeval betrokken waren;
- soort letsel;
- deel van het lichaam dat is verwond.

Naast de registratie van bovenstaande gegevens is tevens de mogelijkheid aanwezig aanvullende gegevens van de ongevalsslachtoffers te verkrijgen door de slachtoffers daarvoor apart te benaderen.

Ten behoeve van de epidemiologische evaluatie van het proefproject lokale veiligheidsvoorlichting zou in de ziekenhuizen in Nijmegen en Woerden ook de postcode worden geregistreerd. Het doel hiervan was om eventuele effecten van de veiligheidscampagne zo nauwkeurig mogelijk te kunnen vaststellen. Met name in de proefgemeente Nijmegen kon dat van belang zijn omdat de campagne in belangrijke mate gericht was op de gemeente Nijmegen, terwijl het verzorgingsgebied van de Nijmeegse ziekenhuizen groter is dan de gemeente Nijmegen.

Bij de verwerking van de registratie van de postcode is echter gebleken dat in een vrij groot aantal gevallen een aanzienlijk percentage (variërend per jaar van 10% - 30%) van de postcodes ontbrak. Om deze reden is ervan afgezien de gegevens te beperken tot uitsluitend de gemeenten Nijmegen en Woerden. De consequentie voor de resultaten is dat als er in de stad Nijmegen effecten zijn opgetre-

den als gevolg van de campagne deze via de PORS - door de regionale functie van de EHBO afdelingen - minder sterk zullen zijn. De effectevaluatie via de schriftelijke vragenlijsten is echter wel uitsluitend op de beide gemeenten gericht.

Schriftelijke vragenlijsten

Een beschrijving van de algemene opzet van het onderzoek, de opbouw van de steekproeven in Nijmegen en Woerden, de dataverzameling en van de gebruikte vragenlijsten is gegeven in paragraaf 3.3. De vragen specifiek gericht op het verzamelen van informatie over ongevallen betroffen:

- het hebben gehad van één of meer ongevallen (in de laatste 12 maanden) waarvoor het kind naar huisarts en/of ziekenhuis is geweest;
- aantal ongevallen in de laatste 12 maanden;
- soort ongeval (vallen, verbranding, vergiftiging, verstikking, verdrinking, beknellen, botsen, stekend voorwerp, vallend voorwerp en hondebeet);
- leeftijd van het kind tijdens het ongeval;
- activiteit tijdens het gebeuren van het ongeval (spelen, vervoer, wassen/aankleden, sporten)**;
- plaats waar het ongeval is gebeurd (in/om huis, op straat, speelgelegenheid)*.

** uitsluitend gevraagd tijdens de voormeting

4. EFFECTEN VAN DE CAMPAGNE OP AANTAL EN AARD VAN DE ONGEVALLEN

4.1 Inleiding

In deze paragraaf zullen de effecten van de lokale veiligheidscampagne worden besproken wat betreft het aantal en de ernst van de privé-ongevallen. Allereerst zal worden ingegaan op de resultaten zoals die zijn verkregen uit de afname van de schriftelijke vragenlijsten van moeders van 0-4 jarigen, hierbij geldt dat de gemeente Woerden dient als controle-gemeente voor Nijmegen. Vervolgens zullen de resultaten van het Privé Ongevallen Registratie Systeem (PORS) worden besproken, waarbij de landelijke situatie geldt als vergelijkingsmaatstaf.

4.2 Schriftelijke vragenlijsten

Voor het verkrijgen van een eerste algemene indruk van de ontwikkeling van het aantal privé-ongevallen bij 0-4 jarigen in Nijmegen en Woerden wordt in tabel 4.1 het in de schriftelijke vragenlijsten vastgestelde aantal ongevallen weergegeven tijdens de voor- en nameting.

Tabel 4.1: Aantal opgegeven privé-ongevallen van 0-4 jarigen tijdens de laatste 12 maanden in Nijmegen en Woerden tijdens de voor- en nameting (ongevalsincidentie), absoluut en in verhouding met het aantal respondenten.

	Nijmegen		Woerden	
	voor	na	voor	na
absolute aantallen	172	159	30	42
(ongevallen/n)x100	15,2	14,2	12,2	16,8

Zoals blijkt is in Nijmegen het door de respondenten gerapporteerde aantal ongevallen bij 0-4 jarigen in de laatste 12 maanden tijdens de nameting lager dan tijdens de voormeting. In de controle-gemeente Woerden is het aantal gesignaleerde ongevallen met zo'n 30% à 40% gestegen.

Vergelijkbaar met de wijze waarop de gedragseffecten zijn geanalyseerd, is voor het aantal ongevallen via logistische regressie de Odds Ratio berekend. Als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen: de verschillen in uitgangssituatie tussen de gemeenten Nijmegen en Woerden, het verschil tussen de voor- en nameting in Woerden en de interactie van beide hiervoor genoemde variabelen. De variabelen opleiding van de moeder en het hebben van een of meer kinderen zijn als confounder in het regressiemodel meegenomen.

De OR voor het aantal ongevallen is .78 (betrouwbaarheidsinterval .43-1.44). Dit betekent dat er in de experimentele gemeente Nijmegen 78% van de ongevallen heeft plaatsgevonden van wat verwacht mocht worden op basis van de ontwikkeling van het aantal ongevallen in de controle-gemeente. Hiermee zou het gestelde doel, een reductie van het aantal ongevallen met 20%, bereikt zijn. Zoals echter uit de betrouwbaarheidsinterval blijkt ligt de waarde 1 binnen de betrouwbaarheidsinterval van de OR. Dit betekent dus dat er een aanzienlijke kans aanwezig is dat het gevonden verschil op toeval berust.

Omdat in de campagne vrij specifiek is ingegaan op diverse soorten ongevallen en de daarvoor specifiek te treffen maatregelen wordt in tabel 4.2 ingegaan op het soort ongeval dat via de schriftelijke vragenlijst werd opgegeven.

Tabel 4.2: Ongevallen in de privésfeer bij kinderen van 0-4 jaar in de afgelopen 12 maanden waarvoor huisarts en/of ziekenhuis is bezocht naar soort ongeval.

	Nijmegen		nameting		Woerden		nameting	
	voormeting		voormeting		voormeting		voormeting	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
vallen hoog	50	29,1	36	22,6	8	26,7	16	38,1
vallen gelijk niveau	36	20,9	43	27,0	8	26,7	9	21,4
verbranding	4	2,3	13	8,2	4	13,3	2	4,8
vergiftiging	8	4,6	9	5,7	1	3,3	3	7,1
verstikking/verdrinking	3	1,7	1	,6	1	3,3	1	2,4
beknelling	17	9,8	14	8,8	5	16,7	3	7,1
botsing	3	1,7	1	,6	1	3,3	-	-
stekend voorwerp	7	4,1	4	2,5	-	-	2	4,8
vallend voorwerp	2	1,2	-	-	1	3,3	-	-
hondebeet	2	1,2	2	1,3	-	-	1	2,4
overig/onbekend	40	23,3	36	22,6	1	3,3	5	11,9
totaal	172	100	159	100	30	100	42	100

Uit deze tabel komt naar voren dat alleen bij ongevallen ten gevolge van vallen van een hoogte er in Nijmegen sprake is van een afname ten opzichte van Woerden ($p=.05$). Bij verbranding lijkt er in Nijmegen zelfs sprake van een flinke stij-

ging van het aantal ongevallen. Andere duidelijk te interpreteren verschillen doen zich niet voor, onder meer omdat het aantal ongevallen waar het om gaat beperkt is.

Ernst

Ter benadering van eventuele verschillen in de ernst van de ongevallen worden in tabel 4.3 de gegevens weergegeven van het aantal kinderen dat uitsluitend naar de huisarts is geweest of naar het ziekenhuis (al dan niet na verwijzing door de huisarts) is geweest ter behandeling van de gevolgen van een privé-ongeval. Er wordt hierbij vanuit gegaan dat ongevallen die uitsluitend door de huisarts zijn behandeld doorgaans minder ernstig zullen zijn dan ongevallen waarvoor men naar het ziekenhuis is gegaan.

Tabel 4.3 Ongevallen in de privésfeer bij kinderen van 0-4 jaar in de afgelopen 12 maanden waarvoor huisarts en/of ziekenhuis is bezocht.

	Nijmegen				Woerden			
	voormeting		nameting		voormeting		nameting	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
huisarts	79	47,0	70	46,1	13	44,8	18	42,8
ziekenhuis	72	42,9	62	40,8	10	34,5	16	38,1
huisarts en ziekenhuis	17	10,1	20	13,1	6	20,7	8	19,1
totaal	168	100%	152	100%	29	100%	42	100%

Tussen de voor- en nameting doen zich zowel in Nijmegen als in Woerden, nauwelijks verschillen voor. De verhouding tussen het bezoek aan de huisarts en het ziekenhuis blijft praktisch gelijk.

Er kan worden geconcludeerd dat er in het medisch consumptie-patroon tussen de voor- en nameting nauwelijks verschil bestaat. Bewoners van Nijmegen lijken wat meer direct naar het ziekenhuis te gaan, terwijl bewoners van Woerden wat meer via de huisarts in het ziekenhuis komen.

4.3 Het PORS

In tabel 4.4 wordt allereerst het aantal via het PORS geregistreerde privé-ongevallen bij 0-4 jarigen weergegeven in de beide Nijmeegse ziekenhuizen, in ver-

gelijking met alle ziekenhuizen in Nederland die aan het PORS meewerken. Ook is een kolom opgenomen met ongevalsantallen die gecorrigeerd is voor de veranderende leeftijdsopbouw (per leeftijdjaar en geslacht) en voor de invloed van temperatuursinvloeden (de maximum dagtemperatuur heeft een sterk positief verband met ongevalsantallen). De beide eerste kolommen zijn niet gecorrigeerd voor de veranderende opbouw van de bevolking naar leeftijd en geslacht. In de regio Nijmegen wijkt deze echter niet sterk af van de landelijke ontwikkeling.

Tabel 4.4: Het aantal privé-ongevallen bij 0-4 jarigen in de regio Nijmegen, landelijk en landelijk gecorrigeerd (voor leeftijds- en geslachtsopbouw en invloed van temperatuur) van 1985-1989 absoluut en geïndexeerd 1986=100.

	Nijmegen		landelijk		landelijk gecorrigeerd	
	abs	index	abs	index	abs	index
1984	1272	117,0	59800	100,1	60500	100,2
1985	1125	103,5	59200	100,0	61200	101,3
1986	1087	100,0	59200	100,0	60400	100,0
1987	1168	107,5	58900	99,5	60100	99,5
1988	1117	102,8	57000	86,3	55600	92,1
1989	1158	106,5	61500	103,9	57600	95,4

In de derde kolom wordt de landelijk gecorrigeerde ontwikkeling van het aantal privé-ongevallen weergegeven. Daaruit blijkt dat er tot en met 1988 sprake is van een daling, in 1989 is het aantal ongevallen echter weer licht gestegen. Uit de niet gecorrigeerde gegevens voor Nijmegen en de landelijke gegevens (de ontwikkelingen in Nijmegen van de bevolkingsopbouw en de invloed van de temperatuur wijken niet wezenlijk af van de landelijke ontwikkelingen), blijkt niet dat er significante verschillen zijn in de ontwikkeling van het aantal ongevallen.

Voor de 5-12 jarigen worden in tabel 4.5 soortgelijke gegevens gepresenteerd als in tabel 4.4.

Tabel 4.5:

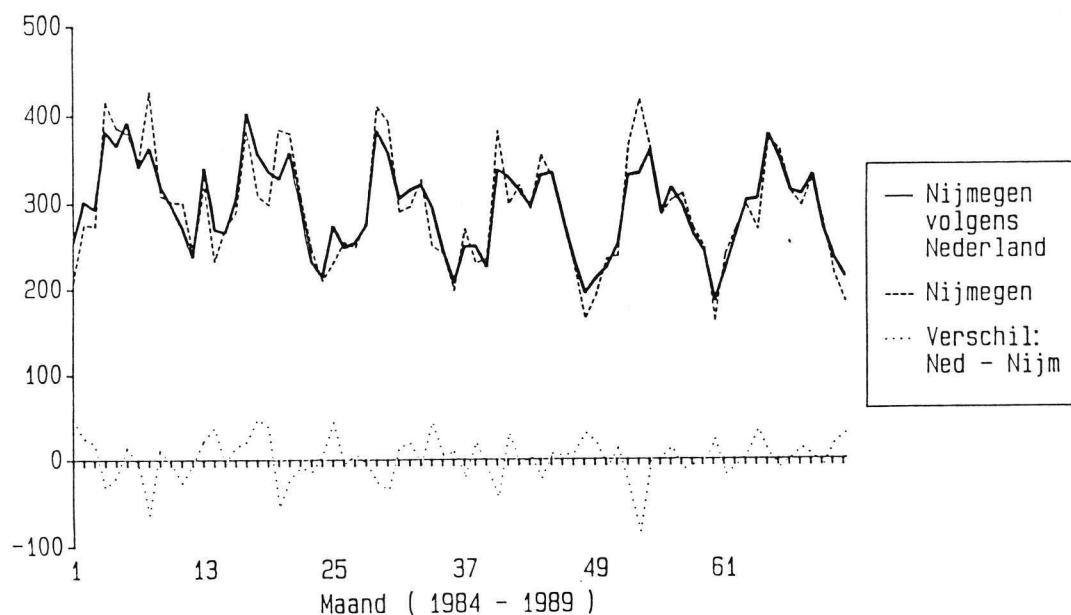
Het aantal privé-ongevallen bij 5-12 jarigen in de regio Nijmegen, landelijk en landelijk gecorrigeerd (voor leeftijds- en geslachtsopbouw en invloed van temperatuur) van 1984-1989 absoluut en geïndexeerd 1986=100.

	Nijmegen		landelijk		landelijk gecorrigeerd	
	abs	index	abs	index	abs	index
1984	2603	111,3	130900	114,1	126600	111,2
1985	2512	107,4	126000	109,9	123000	108,1
1986	2339	100,0	114700	100,0	113800	100,0
1987	2219	94,9	110000	95,9	112700	99,0
1988	2288	97,8	108100	93,4	112300	98,7
1989	2267	99,9	112900	98,4	115000	101,1

Zoals ook uit deze gepresenteerde aantallen blijkt, is er tussen de ontwikkelingen in Nijmegen en de landelijke situatie bij de 5-12 jarigen nauwelijks verschil.

Grafiek 4.1:

Verschillen tussen het aantal privé-ongevallen volgens de landelijke trend en de trend in Nijmegen voor kinderen van 0-12 jaar.



In grafiek 4.1 worden de verschillen tussen de landelijke trend en de trend in Nijmegen voor kinderen van 0-12 jaar weergegeven. De landelijke cijfers zijn hierbij verkleind naar het niveau van Nijmegen van 1984-1988. Er is met andere woorden voor gezorgd dat het gemiddelde van de verschillen over 1984-1988 0 is. Uit de grafiek blijkt dat het Nijmeegse niveau gemiddeld iets (5,8 ongevallen per

maand) lager ligt dan op basis van de landelijke ontwikkelingen verwacht mocht worden. Het verschil is echter niet significant (t-toets, $p=.43$).

Bij de 0-4 jarigen gaat het in Nijmegen om 4,0 ongevallen per maand minder ($p=.29$), bij de 5-12 jarigen om 1,6 ongevallen per maand minder (t-toets, $p=.79$). De gevonden verschil tussen Nijmegen en de landelijke situatie zijn dus niet significant.

4.4 Samenvatting en conclusies

Het aantal ongevallen bij kinderen van 0-4 jaar is in de experimentele gemeente Nijmegen niet significant afgenomen in vergelijking met de ontwikkelingen in de controle gemeente Woerden of de landelijke situatie.

Op basis van de gegevens verkregen uit de schriftelijke vragenlijsten is de Odds Ratio berekend. Deze Odds Ratio voor het aantal ongevallen van .78 wijst in de richting van een reductie van het aantal privé-ongevallen in Nijmegen, het gevonden verschil is echter niet significant.

Bij het PORS loopt de ontwikkeling van het aantal ongevallen bij zowel de 0-4 jarigen als 5-12 jarigen praktisch gelijk aan de landelijke ontwikkeling.

5. EFFECTEN VAN DE CAMPAGNE OP DE DETERMINANTEN EN HET GEDRAG VAN MOEDERS VAN 0-4 JARIGEN

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd met betrekking tot de effecten van de Nijmeegse campagne op de maatregelen die zij treffen om de omgeving van hun kind veilig te maken (i.e. gedrag) en op de kennis en opvattingen van moeders (i.e. de gedragsdeterminanten).

Op basis van de voormeting in Nijmegen is een overzicht verkregen van de mate waarin moeders de onderzochte maatregelen treffen en hoe zij hierover denken (Wortel, Stompedissel en Ooijendijk, 1990). Daarnaast heeft deze studie duidelijk gemaakt dat de operationalisatie van de eigen effectiviteit in termen van 'hoe vaak men denkt dat het lukt een maatregel te treffen' niet juist is geweest. Het lijkt erop dat 'het lukken de maatregel te treffen' eerder een alternatieve operationalisatie van gedrag is dan een operationalisatie van de eigen effectiviteit. Om deze reden is het nagaan van het effect van de campagne op de eigen effectiviteit achterwege gelaten. Andere determinanten die niet in de effectevaluatie zijn opgenomen, hebben betrekking op de mate waarin men veiligheidsprodukten lelijk of duur vindt. De campagne is er niet op gericht geweest om deze determinanten te veranderen.

Van één maatregel kon de verandering ten gevolge van de campagne niet worden nagegaan: het aanbrengen van deurbeschermers. Deurbeschermers zijn ten tijde van de campagne uit de handel genomen, omdat er onvoldoende animo voor was. Inmiddels zijn ze weer te koop.

Zowel voor de maatregelen als voor de gedragsdeterminanten is in respectievelijk bijlagen 3 en 4 een overzicht gegeven van de uitgangssituatie in Nijmegen (de resultaten van de voormeting in Nijmegen). Ten eerste geeft dit de lezer een beeld van of effecten van de campagne op de determinanten en het gedrag inderdaad mogelijk zijn. Dat wil zeggen: in geval de variabelen bij de voormeting al de gewenste waarde hebben (bijv. de meeste moeders kennen een maatregel al) kan de campagne op deze variabelen nauwelijks of een effect meer hebben. Ten

tweede kan de lezer als significante effecten zijn opgetreden, nagaan in welke orde van grootte deze effecten dan zijn.

5.2 Effecten van de campagne op gedrag

Van maatregelen met drie categorieën (veilig, tamelijk veilig, onveilig) is elke mogelijke verschuiving tussen categorieën nagegaan. Dus de volgende vergelijkingen zijn gemaakt: veilig t.o.v. tamelijk veilig, veilig t.o.v. onveilig en tamelijk veilig t.o.v. onveilig. In totaal zijn voor de 30 maatregelen 48 analyses uitgevoerd. In tabel 5.1 zijn de significante effecten ($p < 0.05$) weergegeven.

Tabel 5.1: Effecten van de campagne op veiligheidsmaatregelen van moeders*

	OR	BI 95%
- medicijnen buiten bereik: tamelijk veilig t.o.v. onveilig	3.28	1.15 - 9.34
- anti-slip in bad: veilig t.o.v. onveilig	0.33	0.13 - 0.83

* Zie voor gegevens m.b.t. de voormeting in Nijmegen bijlage 4.

In Nijmegen is ten gevolge van de campagne het percentage moeders dat medicijnen tamelijk veilig opbergt toegenomen: de verhouding van het aantal moeders dat medicijnen tamelijk veilig opbergt t.o.v. het aantal dat medicijnen onveilig opbergt, is bij de nameting drie maal van wat deze verhouding was bij de voormeting. Echter, het percentage Nijmeegse moeders dat anti-slip in bad heeft, is na de campagne afgenomen: de verhouding van het aantal moeders dat veilig is t.o.v. het aantal dat onveilig is, is bij de nameting eenderde van wat deze verhouding was bij de voormeting.

5.3 Effecten op gedragsdeterminanten

Het effect van de campagne is nagegaan op 136 determinanten. Eén analyse was niet uitvoerbaar, omdat er geen 'fit' berekend kon worden voor het regressie

model. In tabel 5.2 zijn de significante effecten ($p < .05$) van de campagne op de-terminanten weergegeven.

Tabel 5.2: Effecten van de campagne op kennis en opvattingen van moeders*

	OR	BI 95%
- traphekjes: partner vindt het (waarschijnlijk) nodig t.o.v. (waarschijnlijk) niet nodig	6.94	2.40 - 20.04
- doe-het-zelf middelen buiten bereik: partner vindt het (waarschijnlijk) nodig t.o.v. (waarschijnlijk) niet nodig	5.92	1.25 - 28.12
- kind niet op schoot met thee/koffie: partner vindt het (waarschijnlijk) nodig t.o.v. (waarschijnlijk) niet nodig	2.34	1.12 - 4.91
- traphekjes: nodig t.o.v. niet nodig	2.61	1.14 - 5.98
- ernst van verbranding door jus: derdegraads brandwonden t.o.v eerste-/tweedegraads brandwonden	1.78	1.04 - 3.05
- zadelveerbeschermer: bekend t.o.v. onbekend	1.77	1.03 - 3.05
- kans op val van de trap: vrij/heel groot t.o.v. niet groot	0.39	0.16 - 0.99
- kans op verbranding door jus: vrij/heel groot t.o.v. niet groot	0.33	0.12 - 0.92
- anti-slip in bad: helpt veel t.o.v. helpt niet/beetje	0.18	0.06 - 0.55

* Zie voor gegevens m.b.t. de voormeting in Nijmegen bijlage 5.

In Nijmegen zijn ten gevolge van de campagne enkele positieve effecten in de gedragsdeterminanten opgetreden. Na de campagne heeft een groter percentage moeders aangegeven dat hun partner het (waarschijnlijk) nodig vindt om traphekjes aan de brengen, doe-het-zelf middelen buiten bereik te houden en het kind niet op schoot te nemen tijdens het koffie of thee drinken. Dat wil zeggen: de verhouding van het aantal moeders dat denkt dat hun partner de maatregel nodig vindt t.o.v. het aantal dat denkt dat hun partner de maatregel niet nodig vindt, is bij de nameting respectievelijk zeven, zes en twee maal van wat deze bij de voormeting was. Daarnaast vindt na de campagne een groter percentage moe-

ders dat traphekjes nodig zijn, denkt een groter percentage dat verbranding door jus derdegraads verbranding kan opleveren en kent een groter percentage de zadelveerbeschermer.

Echter, na de campagne denkt een kleiner percentage moeders dat de kans op een val van de trap en de kans op verbranding door jus groot is: de verhouding van het aantal moeders dat denkt dat die kans vrij/heel groot is t.o.v. het aantal dat denkt dat die kans niet groot is, is bij de nameting voor beide risico-situaties eenderde van wat die verhouding was bij de voormeting.

Tenslotte is een negatief effect van de campagne gevonden: na de campagne vindt een kleiner percentage moeders dat anti-slip in bad helpt.

5.4 Conclusies

De campagne heeft nagenoeg geen effect gehad op het veiligheidsgedrag van moeders van 0-4 jarigen en hun kennis en opvattingen. De enkele effecten die zijn gevonden, zouden ook op basis van toeval, uitgaande van 5% toetsing, te verwachten zijn. In hoofdstuk 9 zal worden ingegaan op mogelijke verklaringen voor het niet optreden van veranderingen in gedrag en gedragsdeterminanten.

DEEL III

Procesevaluatie

Hoofdstuk 6: Bereik van de voorlichting

Hoofdstuk 7: Uitvoering van de campagne: intermediairs

Hoofdstuk 8: Activiteiten na afloop van de campagne

Auteurs:

E. Wortel

L. Bosker

G.H. de Geus

W.T.M. Ooijendijk

6. BEREIK VAN DE VOORLICHTING

6.1 Inleiding

Om via voorlichting mensen te bewegen tot gedragsverandering is het een eerste voorwaarde dat men wordt blootgesteld aan die voorlichting oftewel dat men wordt bereikt. Vervolgens kan via verandering van attitudes en de invloed van de sociale omgeving een gedragsverandering teweeg worden gebracht, (Kok, 1987).

In een van de voorgaande hoofdstukken is aangegeven dat de gewenste verandering in de kennis en opvattingen van moeders niet is vastgesteld en evenmin een gedragsverandering. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoeveel ouders van 0-4 jarigen met voorlichting zijn bereikt en via welke kanalen. Daarnaast is, indien dat mogelijk was, vastgesteld wat men van de voorlichting heeft gevonden. Dit laatste kan als een indicatie worden gezien van de mate waarin ouders de voorlichting hebben geaccepteerd.

6.2 Methode

De schriftelijke vragenlijst die in Nijmegen is afgenomen na afloop van de campagne (nameting t.b.v. de effectevaluatie) is gebruikt om na te gaan wat het bereik van de campagne is geweest op lokaal niveau, via welke kanalen men iets over de campagne heeft gehoord en wat men van de campagne in haar geheel vond (zie bijlage 2, vraag 92 t/m 99).

Van de voorlichting gegeven door wijkverpleegkundigen tijdens het individuele consult op het consultatiebureau is alleen een indruk verkregen aan de hand van verslagen die wijkverpleegkundigen hebben gemaakt. Hoeveel ouders bereikt zijn met groepsvoorlichting door wijkverpleegkundigen is nagegaan aan de hand van verslagen die wijkverpleegkundigen van elke groepsbijeenkomst hebben gemaakt. Over het bereik van de voorlichting door leidsters van kindercentra zijn onvolledige gegevens verzameld: slechts van twee voorlichtingsbijeenkomsten is door

leidsters een verslag gemaakt. Over het bereik van voorlichting via kraamverzorgsters zijn geen gegevens verzameld.

Het bereik van de voorlichting gegeven door VVV-ers is nagegaan aan de hand van de administratie van VVV-ers: zij hebben van elke groepsbijeenkomst het aantal ouders dat participeerde genoteerd. Daarnaast hebben VVV-ers na afloop van de bijeenkomst een schriftelijke vragenlijst aan ouders meegegeven waarin is gevraagd naar gegevens over zichzelf, hun mening over de voorlichtingsbijeenkomst en naar effecten van de bijeenkomst op hun kennis en gedrag. Bij sommige beoordelvragen en alle effectvragen is het verschil tussen ouders met één kind en ouders met meer kinderen bepaald met behulp van de chikwadrotoets. Verwacht werd dat ouders met één kind meer door de groepsbijeenkomst zouden worden beïnvloed dan ouders met meer kinderen.

6.3 Bekendheid met en beoordeling van de campagne

Gebleken is dat 72% (N=799) van de moeders de campagne 'Nijmegen staat op veilig' kende. In tabel 6.1 is weergegeven via welke kanalen men iets heeft gehoord.

Tabel 6.1: Kanalen waarlangs men iets gehoord of gelezen heeft over de campagne 'Nijmegen staat op veilig' (n=799)

. veiligheidsmarkt in cultureel centrum de Lindeberg	2%
. affiches	25%
. Suske en Wiske actie op Plein 1944	1%
. tv of radio	5%
. (wijk)krant	37%
. brief van de Kruisvereniging	43%
. onderwijzer(es)	5%
. consultatiebureau/wijkverpleegkundige	35%
. leidster kindercentrum	9%
. kraamverzorgster	1%
. huisarts	2%
. schoolarts/-verpleegkundige	2%
. vrijwillige veiligheidsvoorlichter (VVV-er)	30%
. club-buurthuis	1%
. familie/vriend/andere ouder	6%
. iemand/iets anders	7%

Het blijkt dat moeders vooral via de Kruisvereniging, het cb of via VVV-ers iets hebben gehoord over de actie 'Nijmegen staat op veilig' en nauwelijks via de andere kanalen. Echter, ruim 70% geeft aan niet veel of bijna niets van de actie te hebben gemerkt (zie tabel 6.2).

Tabel 6.2: Mate waarin men iets van de actie heeft gemerkt in het afgelopen jaar (n=792).

Heel veel	2.9%
Veel	18.3%
Niet veel	50.5%
Bijna niets	19.9%
Geen idee	8.3%

Alhoewel $\pm$ 20% geen mening heeft over de actie zijn de meeste moeders die wel een mening hebben positief over de actie (zie tabel 6.3).

Tabel 6.3: Beoordeling van de campagne

Actie informatief (n=788)		Actie belangrijk voor een andere stad (n=786)	
Heel informatief	19.8%	Heel belangrijk	29.4%
Informatief	45.6%	Belangrijk	46.1%
Niet zo informatief	11.0%	Niet zo belangrijk	4.1%
Helemaal niet informatief	2.4%	Helemaal niet belangrijk	0.5%
Geen idee	21.2%	Geen idee	20.0%

Bereik voorlichting door wijkverpleegkundigen

Tijdens het individuele consult op het consultatiebureau hebben wijkverpleegkundigen wegens tijdgebrek weinig veiligheidsvoorlichting aan ouders gegeven, zoals is gebleken uit verslagen. Het voorlichten heeft bij de meeste wijkverpleegkundigen bestaan uit het verstrekken van de 'veilig-groot-worden' kaarten. Met de voorlichtingsbijeenkomsten die door wijkverpleegkundigen zijn georganiseerd zijn 89 ouders bereikt; dit is $\pm$ 2% van de totale doelgroep (n=4500). Deze ouders waren voornamelijk vrouwen (85%).

Bereik en beoordeling van voorlichting door VVV-ers

De VVV-ers hebben meer dan 2800 ouders die in verschillende wijken van de stad woonden uitgenodigd om mee te doen aan een veiligheidsbijeenkomst. De respons hierop was 25% (n=713). Van het totaal aantal Nijmeegse gezinnen met 0-4 jarigen is dit $\pm$ 16%. De belangrijkste redenen die non-participanten noemden, waren: geen interesse voor het onderwerp, al voldoende geïnformeerd of niet in staat om te komen (gebrek aan tijd, geen oppas).

De meeste ouders waren vrouwen (84%) met een middelbare tot hoge schoolopleiding (83%). Dit opleidingsniveau was significant hoger dan dat van een representatieve steekproef van ouders van 0-4 jarigen in Nijmegen (de voormeting van de effectevaluatie: χ^2 -waarde = 27.73; df = 2; $p < 0.01$): 17% van de deelnemende moeders had een laag opleidingsniveau, terwijl 29% van de moeders uit de voormeting een laag opleidingsniveau had. Bijna 50% had één kind. De meerderheid (77%) had al informatie over kinderveiligheid gehad vóór dat ze naar de groepsbijeenkomst gingen; deze percentages komen overeen met die van de voormeting in Nijmegen.

De beoordeling van het VVV-project door ouders betreft drie onderdelen: de VVV-ers, het groepsproces en de groepsvoordelen.

De meeste ouders vonden de VVV-er deskundig (72%), zijn/haar antwoorden duidelijk (80%) en zijn/haar presentatie plezierig (93%). Van de ouders vond 92% dat duidelijk is geworden welke risicosituaties er voor 0-4 jarigen zijn en 89% vindt dat het belang van omgevingsmaatregelen tijdens de VVV-bijeenkomst is duidelijk gemaakt.

Tabel 6.4 laat zien dat de meerderheid van de ouders tevreden is over de verschillende aspecten van het groepsproces.

Tabel 6.4 Evaluatie van het groepsproces

De groepsbijeenkomst gaf genoeg gelegenheid om*	N=639
- vragen te stellen	91%
- op andere ouders te reageren	90%
- over mijn eigen kind te praten	89%
- ouders te ontmoeten met dezelfde leeftijd als mijn kind(eren)	69%
- ouders te ontmoeten met een andere leeftijd dan mijn kind(eren)	80%

* Deze vragen zijn negatief geformuleerd om sociaal-wenselijkheid zoveel mogelijk te beperken

Tenslotte is nog een aantal vragen gesteld over de voordelen van de groep. Bijna de helft van de ouders (49%) gaf aan dat ze veel hadden geleerd van de mening van andere ouders en van hun oplossingen en tips (45%). Ouders met één kind bleken vaker iets te hebben geleerd van de mening van andere ouders en van de oplossingen en tips van andere ouders dan ouders met meer kinderen: respectievelijk 55% i.v.m. 44% en 54% i.v.m. 37% (p 's $<.001$).

Als ouders voor de eerste keer geïnformeerd zouden moeten worden over kinderveiligheid dan gaven de meeste ouders de voorkeur aan een combinatie van een folder en persoonlijk contact (86%) en wilden zij voorlichting in een kleine groep (80%). De meerderheid (61%) wilde voorlichting van een vrijwilliger.

Tevens is een aantal effecten van de groepsvoorlichting nagegaan. In tabel 6.5 staan deze resultaten weergegeven.

Tabel 6.5 Effecten die ouders hebben gerapporteerd na de groepsbijeenkomst: verschillen tussen ouders met één kind en ouders met meer kinderen

	Totaal percentage	n	Ouders met één kind	Ouders met meer kinderen
- veel nieuwe dingen gehoord	15%	631	17%	13%
- (een beetje) geleerd over omgevingsmaatregelen ter voorkoming van:				
• verdrinking	81%*	623	85%	77%
• verstikking	90%*	617	93%	87%
• vergiftiging	90%	616	92%	83%
• verbranding	89%*	616	92%	86%
• vallen	88%*	618	91%	85%
• letsel tgv. deuren en fietsen (beknelling)	88%*	616	92%	84%
- met partner over groepsbijeen- komst gesproken	97%	612	98%	96%
- voorgesteld aan partner veranderingen in huis aan te brengen	56%*	594	65%	49%
- huis gecheckt op onveilige plekken	37%*	630	42%	32%
- intentie onveilige plekken te veranderen	88%*	514	94%	82%

* chi-kwadraattoets: df=1; p<.05

Weinig ouders hebben veel nieuwe dingen gehoord tijdens de groepsbijeenkomst over het veilig maken van de omgeving. Echter, veel ouders gaven aan dat ze (een beetje) geleerd hebben over het treffen van omgevingsmaatregelen voor de verschillende ongevallen. Bijna alle ouders hebben met hun partner over de groepsbijeenkomst gesproken en meer dan de helft heeft hun partner voorgesteld in huis veranderingen aan te brengen ten behoeve van de veiligheid van hun kind(eren). Minder dan de helft is hun huis nagelopen op onveilige plekken, terwijl, in geval onveilige plekken aanwezig waren, de meerderheid van plan was deze te veranderen.

Ouders met één kind scoren op de meeste onderzochte kennis- en gedragsvariabelen positiever dan ouders met meer kinderen.

Bereik voorlichting door de folder 'Kinderveiligheid'

Alle ouders die een VVV-bijeenkomst hebben bezocht (n=713) hebben de folder 'Veilig groot worden' ontvangen. Daarnaast mochten deze ouders één of twee

andere folders van de SCV meenemen waarvan onbekend is hoeveel hiervan zijn verspreid.

6.4 Conclusies

Gebleken is dat ouders van 0-4 jarigen in beperkte mate zijn bereikt met veiligheidsvoorlichting: met name het aantal ouders dat is bereikt door intensieve mondelinge voorlichting is beperkt gebleven.

Alhoewel de bekendheid met de campagne groot was, zegt men weinig van de campagne te hebben gemerkt. Intensieve persoonlijke voorlichting in groepsverband heeft 18% van de Nijmeegse gezinnen bereikt. Hiervan is het grootste deel door vrijwilligers voorgelicht. De ouders die groepsvoorlichting hebben gehad zijn bovendien voorzien van ondersteunende massamediale voorlichtingsproducten: op deze bijeenkomsten waren de folder 'Kinderveiligheid' en andere folders van de SCV beschikbaar. Echter, de intensief voorgelichte ouders waren met name middelbaar tot hoog opgeleid en vormen dus een selecte groep. Daarnaast blijkt de groepsvoorlichting meer effect te hebben op ouders met één kind dan ouders met meer kinderen.

Kortom: de veiligheidsvoorlichting gegeven door intermediairs heeft een beperkt en selectief aantal ouders bereikt. Een dergelijk bereik houdt in dat effecten op kennis, opvattingen en op het treffen van veiligheidsmaatregelen alleen bij een relatief kleine groep van de totale populatie Nijmeegse moeders te verwachten is.

7. UITVOERING VAN DE CAMPAGNE: INTERMEDIAIRS

7.1 Inleiding

Om in één jaar zoveel mogelijk ouders van 0-4 jarigen in Nijmegen te bereiken met interpersoonlijke voorlichting over kinderveiligheid was het noodzakelijk dat intermediairs gedurende dat jaar daadwerkelijk veiligheidsvoorlichting zouden geven. In het voorgaande hoofdstuk is geconstateerd dat te weinig ouders zijn bereikt, omdat er te weinig is voorgelicht. Dit kan het gevolg zijn geweest van dat te weinig intermediairs zijn bijgeschoold/getraind, dat men de bijscholing-/training niet positief heeft beoordeeld en/of dat de bijscholing intermediairs te weinig kennis en motivatie heeft gegeven om ouders over veiligheid voor te lichten.

In dit hoofdstuk wordt op deze aspecten ingegaan. Vastgesteld wordt hoeveel intermediairs de bijscholing hebben gevolgd en hoeveel vrijwillige intermediairs er aan de training hebben meegedaan. Intermediairs wordt gevraagd naar hun voorlichtingsgedrag, ervaren knelpunten, hun beoordeling van de training, hun kennis met betrekking tot kinderveiligheid en motivatie om veiligheidsvoorlichting te geven.

7.2 Methode

7.2.1 Wijkverpleegkundigen, leidsters en kraamverzorgenden

Het bereiken van professionele intermediairs met een bijscholing is, indien mogelijk, afgezet tegen het totaal aantal intermediairs dat bij de organisatie werkzaam is.

Veranderingen in hun voorlichtingsgedrag zijn vastgesteld aan de hand van een schriftelijke vragenlijst alsook vragen over hun motivatie, kennis en de waardering voor de bijscholing. Deze vragenlijst is voor de bijscholing en één jaar na

de bijscholing afgenomen. Daarnaast is gebruik gemaakt van verslagen die intermediairs zelf hebben gemaakt.

7.2.2 Vrijwillige Veiligheidsvoorlichters

Om de werving van vrijwilligers na te gaan is het aantal te werven vrijwilligers afgezet tegen het aantal dat feitelijk is geworven. Als verklaring wordt de wervingsprocedure beschreven.

Het voorlichtingsgedrag wordt afgezet tegen de beoordeling van de training die vrijwilligers hebben gehad en hun werkervaringen. De training is via een schriftelijke vragenlijst geëvalueerd; de werkervaringen zijn via telefonische interviews verzameld.

7.3 Resultaten

7.3.1 Wijkverpleegkundigen

Bereik bijscholingen

De bijscholing 'individuele voorlichting' is gegeven aan bijna alle wijkverpleegkundigen met JGZ in hun takenpakket (± 65). De bijscholing (duur twee uren) is aan zes groepen gegeven in werktijd.

De bijscholing 'groepsvoorlichting' is volgens plan aan 13 wijkverpleegkundigen gegeven. Deelname aan de bijscholing was enigszins selectief: voor deze bijscholing zijn vooral wijkverpleegkundigen benaderd die al enige ervaring hadden met het geven van GVO. Deze bijscholing was éénmalig en nam één dag in beslag.

Respons vragenlijst

De respons bij de voormeting was 59% (38 van de 64 wijkverpleegkundigen met JGZ in hun takenpakket); bij de nameting was de respons 61% (30 van de 49 wijkverpleegkundigen).

Voor de evaluatie van de bijscholing 'groepsvoorlichting' zijn in de vragenlijst die is gebruikt voor de individuele voorlichting enkele vragen opgenomen over de

groepsvoorlichting. 11 van de 27 wijkverpleegkundigen die aan de nameting hebben meegedaan blijken groepsvoorlichting te hebben gegeven. Hetgeen een representatief aantal is.

Waardering voor de bijscholingen

Vóór de bijscholing denkt 76% van de wijkverpleegkundigen dat hun voorlichting over kinderveiligheid door de bijscholing veel zal verbeteren. Een jaar na de bijscholing vindt 52% dat hun voorlichting over kinderveiligheid verbeterd is. De meeste wijkverpleegkundigen vinden dat de bijscholing voldoende ondersteuning heeft geboden om het onderwerp veiligheid in het individuele consult te bespreken.

Van de 11 wijkverpleegkundigen die de bijscholing 'groepsvoorlichting' hebben gevolgd, vonden acht dat ze voldoende waren voorbereid op het houden van een groepsbijeenkomst.

Voorlichtingsgedrag

Tabel 7.1 geeft een indicatie van veranderingen die zijn opgetreden in de individuele voorlichting van wijkverpleegkundigen.

Tabel 7.1 Individuele veiligheidsvoorlichting door wijkverpleegkundigen voor en na de bijscholing: in percentages

	voor de bijscholing (n=38) %	na de bijscholing (n=27) %
- bestede tijd < 5%	26	8
- bestede tijd = 5%	46	20
- bestede tijd > 5%	29	72
- gebruik ondersteunende middelen:		
• 'veilig groot worden' kaarten	92	100
• veilig speelgoed	5	15
• kinderveilige artikelen	3	70
• folders van de SCV	18	33
• dia's	0	0
• anders, o.a. eigen stencils	8	11
- meer tijd aan veiligheid tijdens het consult	-	92
- meer tijd aan veiligheid tijdens het huisbezoek (in geval huisbezoek wordt gedaan)	-	83

Wijkverpleegkundigen geven aan dat zij na de bijscholing meer tijd zijn gaan besteden aan voorlichting over kinderveiligheid en hierbij meer ondersteunende middelen gebruiken. Echter, gebleken is dat de demodoos vrij passief wordt gebruikt en dus niet is geïntegreerd in het consult.

In totaal zijn gedurende het campagnejaar 11 groepsbijeenkomsten over kinderveiligheid georganiseerd.

Kennis en motivatie om veiligheidsvoorlichting te geven

In tabel 7.2 is aangegeven hoe wijkverpleegkundigen over een aantal zaken in verband met veiligheid en voorlichting denken.

Tabel 7.2 Ideeën van wijkverpleegkundigen over kinderveiligheid en veiligheidsvoorlichting voor en na de bijscholing: in percentages

	voor de bijscholing (n=38)	na de bijscholing (n=27)
- ik besteed onvoldoende tijd aan veiligheid	82	54
- ik heb onvoldoende ondersteunende middelen	56	15
- ik vind het belangrijk dat veiligheid een vast onderdeel van de voorlichting aan ouders is/wordt*	100	-
- ik vind dat veiligheid goed is in te passen in het consult	61	88
- ik heb onvoldoende kennis om ouders voor te lichten over veiligheid	45	4
- ik vind het (vrij) moeilijk om het onderwerp veiligheid bij ouders ter sprake te brengen	-	33
- door mijn voorlichting gaan ouders meer:		
- nadenken over veiligheid*	98	-
- maatregelen treffen*	74	-
- de meeste andere wijkverpleegkundigen die ik ken vinden het belangrijk dat er op het cb veiligheidsvoorlichting wordt gegeven*	90	-
- de cb-arts vindt het belangrijk dat er op het cb veiligheidsvoorlichting wordt gegeven*	95	-

* Deze vragen zijn bij de nameting niet gesteld, omdat deze ideeën niet meer veranderd hoeven te worden gegeven het resultaat op de voormeting.

De meeste wijkverpleegkundigen vinden dat ze vóór de bijscholing onvoldoende tijd aan veiligheidsvoorlichting besteden, te weinig ondersteunende middelen hebben en dat hun kennis over veiligheid onvoldoende is. Ze blijken wel gemotiveerd te zijn en collega's lijken ook positief te staan tegenover het geven van veiligheidsvoorlichting.

Na de bijscholing vindt meer dan de helft dat ze onvoldoende tijd aan veiligheidsvoorlichting besteden, maar weinig vinden dat ze onvoldoende ondersteunende middelen hebben. Bijna niemand vindt dat ze te weinig kennis hebben om ouders voor te lichten. Opvallend is dat 33% het na de bijscholing moeilijk vindt om veiligheid te bespreken.

Met betrekking tot groepsvoorlichting vond men dat de voorbereidingstijd erg lang was doordat de handleiding te laat verscheen d.w.z. nadat wijkverpleegkundigen van start waren gegaan.

7.3.2 Leidsters van kindercentra

Bereik

Aan alle 70 Nijmeegse kindercentra is een uitnodiging gestuurd om mee te doen aan de bijscholing. De bijscholing is aan ca. 50 leidsters/vrijwilligsters gegeven. Deze leidsters waren afkomstig van 20 kindercentra. De omvang van deze deelname is volgens de VKN vergelijkbaar met die van andere bijscholingen. De bijscholing is aan twee groepen gegeven en nam twee avonden in beslag.

Respons vragenlijst

De respons bij de voor- en nameting van leidsters was niet goed te bepalen, omdat onduidelijk is hoeveel leidsters/vrijwilligsters werkzaam waren bij de Nijmeegse kindercentra. In ieder geval kunnen de leidsters die de vragenlijst hebben teruggestuurd, niet als representatief worden beschouwd (voormeting 30 leidsters, nameting 18 leidsters). Daarom moeten de resultaten met voorzichtigheid worden bekeken.

Waardering bijscholing

Vóór de bijscholing denkt 89% van de leidsters dat ze door de bijscholing beter in staat zullen zijn om veiligheidsvoorlichting aan ouders te geven. Van de 30 leidsters/vrijwilligsters gaan 17 zeker een groepsbijeenkomst over veiligheid organiseren en 10 zullen dit misschien gaan doen. 18 leidsters hebben een verwachting aangegeven over een verbetering van deze groepsbijeenkomsten door de

bijscholing: 16 verwachtten dat hun groepsbijeenkomsten door de bijscholing zullen verbeteren. Een jaar na de bijscholing vindt 72% dat ze beter in staat zijn om veiligheidsvoorlichting aan ouders te geven dan voor de bijscholing.

Voorlichtingsgedrag

Tabel 7.3 geeft een indicatie van veranderingen in de voorlichtingsactiviteiten van leidsters. Alhoewel de bijscholing gericht was op het geven van groepsvoorlichting zijn twee vragen gesteld over individuele voorlichting om te kijken of dit gunstig is beïnvloed door de bijscholing.

Tabel 7.3 Voorlichtingsactiviteiten over veiligheid door leidsters/vrijwilligsters voor en na de bijscholing: in percentages

	voor de bijscholing (n=30) %	na de bijscholing (n=18) %
- gebruik ondersteunende middelen*		
• 'veilig groot worden' kaarten	0	39
• veilig speelgoed	23	39
• kinderveilige artikelen	17	72
• folders van de SCV	33	67
• dia's	0	11
• anders	10	6
- spreekt in dagelijks contact (bijna) nooit met ouders over kinderveiligheid**	57	22
- geeft (bijna) nooit voorlichting tijdens huisbezoeken**	45	62
- themabijeenkomsten georganiseerd over veiligheid	-	67
- folders in kindercentrum van SCV	-	100
- affiches opgehangen	-	100
- op een andere manier aandacht aan veiligheid besteed	-	56

* de bestede tijd aan veiligheidsvoorlichting uitgedrukt in percentages wordt niet gepresenteerd, omdat bleek dat weinig leidsters deze vraag konden beantwoorden. Waarschijnlijk is dit het gevolg van dat hun taak niet primair gericht is op het voorlichten van ouders.

Na de bijscholing hebben meer leidsters gebruik gemaakt van ondersteunende middelen en lijkt men in het dagelijks contact met ouders vaker te spreken over kinderveiligheid. Echter, van de leidsters die huisbezoeken doen, geeft na de bijscholing een groter percentage aan (bijna) nooit voorlichting te geven tijdens dit bezoek. Van de leidsters heeft 67% éénmaal een themabijeenkomst georganiseerd. Alle leidsters hebben de folders en affiches van de SCV gebruikt.

Kennelijk heeft men op een andere manier dan via groepsvoorlichting iets aan kinderveiligheid gedaan (56%) zoals onder andere het veilig maken van het kindercentrum zelf (5x).

Bekend is (bij navraag) dat via kindercentra 15 groepsbijeenkomsten zijn georganiseerd, maar dat daarvan ± 6 door wijkverpleegkundigen zijn gehouden.

Kennis en motivatie om veiligheidsvoorlichting te geven

In tabel 7.4 is aangegeven hoe leidsters en vrijwilligsters over een aantal zaken in verband met veiligheid en voorlichting denken.

Tabel 7.4 Ideeën van leidsters/vrijwilligsters over kinderveiligheid en veiligheidsvoorlichting voor en na de bijscholing: in percentages

	voor de bijscholing (n=30) %	na de bijscholing (n=18) %
- ik besteed onvoldoende tijd aan veiligheid	63	-
- ik besteed door de bijscholing meer tijd aan veiligheidsvoorlichting	-	59
- ik heb onvoldoende ondersteunende middelen	86	22
- ik vind dat veiligheid goed is in te passen in de voorlichting*	87	-
- ik heb onvoldoende kennis om ouders voor te lichten over veiligheid	50	22
- door mijn voorlichting gaan ouders meer nadenken over de veiligheid van hun kind*	61	-
- door mijn voorlichting gaan ouders meer maatregelen treffen*	62	-
- de meeste andere leidsters/vrijwilligsters die ik ken vinden het belangrijk dat er veiligheidsvoorlichting wordt gegeven*	90	-

* Deze vragen zijn bij de nameting niet gesteld, omdat deze ideeën niet meer veranderd hoeven te worden gegeven het resultaat op de voormeting.

Vóór de bijscholing vinden de meeste leidsters dat ze onvoldoende tijd aan veiligheidsvoorlichting besteden en onvoldoende ondersteunende middelen hebben; Ze lijken wel gemotiveerd te zijn om veiligheidsvoorlichting te geven en hierin gestimuleerd te worden door hun omgeving.

Na de bijscholing zegt men meer tijd te besteden aan veiligheidsvoorlichting, meer ondersteunende materialen te hebben en meer kennis te hebben. Echter nog steeds een kwart vindt dat ze onvoldoende middelen en kennis heeft.

7.3.3 Kraamverzorgenden

Bereik

Alle kraamverzorgsters- en verpleegkundigen hebben de bijscholing kinderveiligheid gevolgd (77). De bijscholing is 10 maal gegeven tijdens werktijd en nam twee uren in beslag.

Respons vragenlijst

Ten tijde van de voormeting waren er 70 kraamverzorgenden en 7 kraamverpleegkundigen in dienst van het kraamcentrum. Hiervan hebben 70 de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd naar het NIPG/TNO (respons 91%).

Op het moment van de nameting waren er 93 kraamverzorgenden in dienst van het kraamcentrum en zeven kraamverpleegkundigen. Hiervan hebben 39 de vragenlijst teruggestuurd naar het NIPG/TNO. De respons is niet goed vast te stellen, omdat er zeker 23 nieuwe kraamverzorgenden zijn aangenomen in de periode tussen de voor- en nameting.

Waardering bijscholing

Voor de bijscholing verwacht 86% van de kraamverzorgsters- en verpleegkundigen dat ze beter in staat zal zijn onveilige situaties te herkennen en 77% verwacht door de bijscholing makkelijker met ouders over onveilige situaties te kunnen praten.

Een jaar na de bijscholing vindt 71% dat ze veel van de bijscholing geleerd hebben, 92% vindt dat ze door de bijscholing zeker beter in staat zijn onveilige situaties te herkennen en 72% vindt dat ze zeker makkelijker met ouders over veiligheid kunnen praten.

Voorlichtingsgedrag

Vóór de bijscholing zegt de minderheid (30%) van de kraamverzorgsters dat ze ouders regelmatig/vaak attent maken op onveilige situaties in en om het huis; na de bijscholing is dat 54%.

Kennis en motivatie om veiligheidsvoorlichting te geven

Tabel 7.5 laat zien hoe kraamverzorgsters en -verpleegkundigen over een aantal zaken in verband met veiligheid en voorlichting denken voor en na de bijscholing.

Tabel 7.5 Ideeën van kraamverzorgsters en -verpleegkundigen over kinderveiligheid en veiligheidsvoorlichting voor en na de bijscholing: in percentages

	voor de bijscholing (n=70) %	na de bijscholing (n=39) %
- ik heb onvoldoende kennis om onveilige situaties te herkennen	7	0
- ik vind het moeilijk om met ouders over onveilige situaties te spreken	29	39
- ik weet dat ouders folders over kinderveiligheid kunnen aanvragen bij de SCV	37	79
- ik reken het zeker tot mijn taak ouders attent te maken op onveilige situaties	39	42
- door mijn voorlichting:		
• gaan ouders meer nadenken over kinderveiligheid*	91	-
• treffen ouders meer maatregelen*	84	-
- ik vind dat veiligheid goed past bij andere onderwerpen*	87	90
- de kraamzorgverpleegkundige vindt het belangrijk dat ik ouders op onveilige situaties attent maak	86	-

Voor de bijscholing blijken bijna alle kraamverzorgenden voldoende kennis te hebben om onveilige situaties te herkennen. Een minderheid rekent het tot haar taak om ouders attent te maken op onveilige situaties en is dus gemotiveerd om zich met veiligheid bezig te houden hoewel men wel gestimuleerd lijkt te worden door de kraamzorgverpleegkundige. Ongeveer een derde vindt het moeilijk om veiligheid te bespreken.

Na de bijscholing is de meerderheid niet gemotiveerd om ouders attent te maken op onveilige situaties en vindt ruim 40% het moeilijk veiligheid te bespreken. Dit

7.3.4 Vrijwillige Veiligheidsvoorlichters (VVV-ers)

Werving

De werving heeft 20 vrijwilligers opgeleverd, terwijl 30 vrijwilligers waren gewenst. Om zo veel mogelijk vrijwilligers te werven is het selectie criterium - een ouder zijn - minder stringent gebruikt. Van de 20 vrijwilligers hadden 13 kinderen in de leeftijd 0-4 jaar; de meesten waren vrouwen en hadden een middelbare of hogere schoolopleiding. De helft had ervaring met groepswerk.

Waardering van de training

Na de training gaven de meeste VVV-ers aan in staat te zijn contact met ouders te leggen en hen uit te nodigen voor een groepsbijeenkomst. De helft van de VVV-ers (n=9) dacht nog niet over voldoende vaardigheden te beschikken om een groepsbijeenkomst te leiden. De meerderheid van de VVV-ers (n varieert tussen 13 en 17) gaven aan in staat te zijn ouders over de verschillende aspecten van kinderveiligheid voor te lichten.

Voorlichtingsgedrag

Gedurende één jaar hebben 15 VVV-ers 139 groepsbijeenkomsten gehouden. Feitelijk betrof het 13 uitvoerende eenheden, omdat door vier VVV-ers paarsgewijs voorlichtingsbijeenkomsten werden gehouden. Het aantal bijeenkomsten per VVV-er(seenheid) varieerde van 3 tot 33 bijeenkomsten.

Werkervaringen

De meeste VVV-ers vonden het voorlichtingswerk leuk. Echter, er zijn ook nadelen genoemd, zoals dat:

- de administratie te veel tijd in beslag nam; het bellen van ouders, terugbellen e.d. om afspraken te maken;
- de motivatie afnam, omdat toezeggingen te komen niet werden nagekomen;
- de indruk bestond dat veel ouders die participeerden al veiligheidsbewust waren;
- men moeilijkheden ondervond in het leiden van groepsbijeenkomsten;
- er niet genoeg begeleiding kon worden gegeven door de SCV-consulente.

7.3.5 Overige activiteiten

Kijklijst

Voor elk gebouw waar cb wordt gehouden, is een kijklijst ingevuld (14 gebouwen). Op basis van de gegevens uit de kijklijst is voor elk gebouw een aanvraag gedaan voor de aanschaf van enkele veiligheidsprodukten. Onbekend is of deze aanvragen door de Kruisvereniging zijn gehonoreerd. De kijklijst is tevens gebruikt bij de bouw van nieuwe cb-ruimtes. Richtlijnen hiervoor zijn hierin verwerkt.

Alle kindercentra (n=70) is een kijklijst toegestuurd om de veiligheid van het kindercentrum te kunnen bepalen. Er zijn 48 ingevuld en teruggestuurd naar de SCV. Of deze lijsten tot aanpassingen en discussie hebben geleid is niet bekend.

7.4 Conclusies

Om *professionele intermediairs* - wijkverpleegkundigen, leidsters van kindercentra en kraamverzorgsters - aan te zetten om voorlichting te geven over kinderveiligheid, is voor hen een bijscholing over kinderveiligheid georganiseerd. Daarnaast zijn *vrijwilligers* geworven en getraind om kinderveiligheidsvoorlichting aan ouders te geven.

Professionele intermediairs

Alle wijkverpleegkundigen met JGZ in hun takenpakket en alle kraamverzorgenden hebben de bijscholing 'kinderveiligheid' gevolgd, terwijl van de leidsters van kindercentra een minderheid aan de bijscholing heeft meegedaan. De bijscholing is overwegend positief geëvalueerd.

Deze intermediairs hebben aangegeven dat zij ten gevolge van de bijscholing meer voorlichting zijn gaan geven over kinderveiligheid. Echter in het voorgaande hoofdstuk is aangegeven dat de voorlichtingsactiviteiten van professionele intermediairs met name van leidsters en kraamverzorgenden nogal beperkt zijn geweest. Op basis van vragen over onder meer hun kennis en motivatie is dit enigszins te verklaren.

Wijkverpleegkundigen zeggen voldoende kennis en motivatie te hebben om kinderveiligheidsvoorlichting te geven, maar een derde vindt het nog steeds moeilijk om kinderveiligheid in het consult te bespreken. Bovendien vindt nog steeds de helft na de bijscholing dat zij onvoldoende tijd aan kinderveiligheid besteedt. Wat betreft de groepsvoorlichting is de tijd die nodig is voor de voorbereiding en organisatie van een bijeenkomst vooral als knelpunt genoemd.

Slechts van enkele leidsters zijn gegevens beschikbaar zijn, waardoor conclusies over hun beperkte voorlichtingsgedrag met voorzichtigheid moeten worden bekeken. Een deel van deze leidsters heeft aangegeven dat zij na de bijscholing nog steeds onvoldoende kennis en ondersteunende middelen hebben voor het geven van veiligheidsvoorlichting.

Van de kraamverzorgsters is bekend dat zij voldoende kennis hebben om ouders voor te lichten, maar de meerderheid is onvoldoende gemotiveerd om dit te doen (zij rekenen dit niet tot hun taak) en ruim eenderde vindt het moeilijk veiligheid te bespreken.

Vrijwillige intermediairs

De werving van vrijwilligers is moeizaam verlopen en leverde minder vrijwilligers op dan was gepland. De vrijwilligers die een training hebben gevolgd, hebben de training positief beoordeeld. Niet alle vrijwilligers hebben het aantal groepsbijeenkomsten georganiseerd dat van hen werd verwacht. Dit hing onder meer samen met de tijd die het organiseren van groepsbijeenkomsten kostte en de beperkte opkomst van ouders hetgeen voor sommige vrijwilligers demotiverend werkte.

8. ACTIVITEITEN NA AFLOOP VAN DE CAMPAGNE

8.1 Inleiding

Op 12 oktober 1988 is de campagne 'Nijmegen staat op veilig' officieel afgesloten. In het kader van die afsluiting is een slotmanifestatie gehouden waarin een terugblik is geworpen op de activiteiten die tijdens de campagne zijn opgezet. Bovendien was de bijeenkomst bedoeld om afspraken te maken over de gang van zaken na afloop van de campagne. Tijdens deze manifestatie heeft de Gemeente, in de hoedanigheid van de wethouder van Welzijn en Volksgezondheid, toegezegd de verantwoordelijkheid voor de follow-up van de campagne op zich te nemen.

8.2 Activiteiten na afloop van de campagne

Na de slotmanifestatie hebben de wethouder, de GGD en de SCV afgesproken dat de Gemeente een plan zou uitwerken over de voortzetting van kinderveiligheid ten behoeve van het college van B & W. Mogelijk zou in een vervolg veiligheid vanuit een breder perspectief kunnen worden benaderd, onder meer de woonomgeving zou er bij betrokken kunnen worden en/of andere doelgroepen (bijvoorbeeld ouderen, migranten) zouden gekozen kunnen worden.

Echter, de uitwerking van dit plan was een jaar na de slotmanifestatie nog niet uitgewerkt. Wel heeft de Gemeente ten behoeve van een follow-up de GGD opdracht gegeven tot het ontwikkelen van nieuwe initiatieven. Op 8 maart 1990 heeft de GGD Nijmegen ten behoeve hiervan alle organisaties uitgenodigd die hebben geparticipeerd in de campagne. Deze bijeenkomst was bedoeld om na te gaan welke activiteiten binnen de organisaties ondernomen zijn, welke plannen voor voortzetting van activiteiten zijn ontwikkeld en welke knelpunten hierbij zijn gesignaleerd. Daarnaast was het doel om wensen duidelijk te maken voor de toekomst. In het volgende wordt ingegaan op wat besproken is door de 0-4 jarigen commissie.

8.2.1 Consultatiebureaus

Na afloop van de campagne zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- veiligheidskaarten zijn aan ouders op het cb fasegewijs uitgereikt;
- de demo(nstratie)doos wordt regelmatig gebruikt op het cb;
- op drie zwangerschapsmarkten is aan het onderwerp veiligheid aandacht besteed door middel van tentoonstellingspanelen en kinderveilige produkten.

Met welke intensiteit veiligheidsvoorlichting in het individuele consult is gegeven is niet duidelijk. Op basis van verslagen van wijkverpleegkundigen bestaat de indruk dat de benadering in het individuele consult passief is geweest.

Wijkverpleegkundigen hebben over kinderveiligheid geen themabijeenkomsten meer georganiseerd. De plannen om hierbij samen te werken met de kindercentra (zij de werving, de kruisvereniging de voorlichting) zijn niet gerealiseerd. Overigens zijn ten behoeve van andere thema's ook geen voorlichtingsbijeenkomsten gehouden.

Een echte reden voor het niet houden van groepsbijeenkomsten is er volgens de consulente van de PKG niet. Reorganisatie van de Kruisvereniging en het vertrek van personen die een zogenaamde trekkersfunctie hadden, hebben hiertoe wel bijgedragen. De activiteiten die tot nu toe zijn uitgevoerd blijven doorgaan. Het plan om samen te werken met de kindercentra zijn niet verder uitgewerkt. De kruisvereniging wil nog steeds een samenwerking met de kindercentra voor wat betreft themabijeenkomsten: men verwacht dat als de kindercentra de ouders werven de opkomst groter is dan wanneer dat door wijkverpleegkundigen gebeurt.

8.2.2 Kindercentra

Na afloop van de campagne is voor/via de kindercentra het volgende gebeurd:

- een cursus rondom EHBO voor leidsters;
- eenzelfde cursus EHBO is door één kindercentrum voor ouders georganiseerd. Er zijn geen verdere activiteiten georganiseerd voor ouders;
- voorlichting over kinderveiligheid op de VKN-markt;

- kinderveiligheid blijft in het pakket 'deskundigheidsbevordering' zitten dat de VKN jaarlijks aan kindercentra aanbiedt .

Niet-voorlichtingsactiviteiten:

- in samenwerking met de S & O is een project ontwikkeld voor allochtone ouders van 0-4 jarigen.

De stimulans van buiten om aandacht aan veiligheid te geven wordt gemist. Daarnaast moeten ook andere onderwerpen aan bod komen. Van de kant van kindercentra is duidelijk geworden dat leidsters liever geen themabijeenkomsten houden.

8.2.3 Stichting Spel en Opvoeding

Er zijn verder geen activiteiten op het gebied van 0-4 jarigen geweest. De reden hiervoor is dat de aandacht uitgaat naar andere thema's. De themadozen blijven in het pakket zitten en wordt zelfs landelijk uitgebracht.

8.2.4 Kraamzorg

Behalve dat er op het kraamcentrum een produktinformatiemap ter inzage ligt, zijn er geen verdere activiteiten geweest.

8.3 Stand van zaken in 1991

In het voorjaar 1991 is het GGD-project 'Regio Nijmegen staat op veilig' gestart. In Nijmegen is in december 1991 een korte veiligheidsactie gepland welke in het teken staat van 'Veilige feestdagen'. Afhankelijk van de belangstelling en behoefte wordt aandacht besteed aan brandpreventie, veilig omgaan met vuurwerk en/of veilig speelgoed. In januari 1992 gaat in Groesbeek een één jaar durende lokale kinderveiligheids campagne van start. Bij deze campagne wordt gebruik gemaakt van bestaande sociale netwerken en structuren. Er zal voorafgaand aan

de campagne een inventariserend onderzoek worden uitgevoerd. Met behulp hiervan worden bevolkingsgegevens en landelijke ongevalsgegevens verzameld, sociale netwerken worden onderzocht en de belangstelling van relevante organisaties en de doelgroep voor het thema 'kinderveiligheid' wordt geïnventariseerd.

8.4 Conclusies

Over het algemeen is gebleken dat de activiteiten van de organisaties die in de 0-4 jarigen campagne hebben geparticipeerd op een laag pitje zijn voortgezet. Nieuwe activiteiten zijn in deze organisaties niet ondernomen. De GGD bereidt een nieuwe lokale veiligheidscampagne voor in de gemeente Groesbeek.

DEEL IV

Hoofdstuk 9: Conclusies, discussie en aanbevelingen

Auteurs:

E. Wortel

W.T.M. Ooijendijk

9. CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de effecten van de campagne 'Nijmegen staat op veilig' worden besproken en zullen voor 0-4 jarigen waar mogelijk verklaringen worden gegeven voor het wel of niet optreden van effecten. Verklaringen voor het al dan niet optreden van effecten op de ongevallen bij 5-12 jarigen zijn, zoals is aangegeven in hoofdstuk 1, niet op basis van dit onderzoek te geven.

9.2 Effecten van de campagne

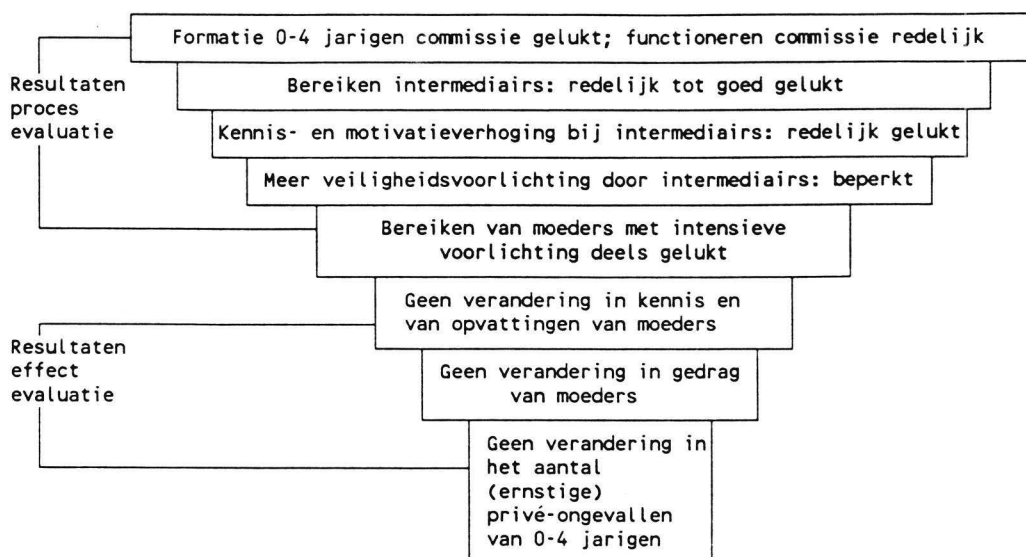
De campagne 'Nijmegen staat op veilig' heeft geen significante veranderingen te weeg gebracht in het aantal en de ernst van ongevallen in de privé-sfeer van 0-4 jarigen en 5-12 jarigen. Veranderingen in het veiligheidsgedrag van moeders van 0-4 jarigen en veranderingen in de kennis en opvattingen die aan hun gedrag ten grondslag liggen, zijn nauwelijks opgetreden. Verklaringen voor deze 'geen-effect' conclusies kunnen samenhangen met 1. de opzet van de campagne en 2. de opzet van het evaluatie-onderzoek. In het volgende zullen deze verklaringen worden uitgewerkt.

9.3 Samenhang 'geen effect-conclusie' met de opzet van de campagne

Op basis van de resultaten van de procesevaluatie die rond de activiteiten voor ouders van 0-4 jarigen zijn uitgevoerd, kan worden nagegaan of het niet optreden van effecten mogelijk is toe te schrijven aan de opzet van de campagne. Naar aanleiding van die verklaringen zullen aanbevelingen worden geformuleerd. Deze aanbevelingen spitsen zich toe op de intermediairs, het functioneren en de formatie van de 0-4 jarigen commissie en de opzet en uitvoering van de gehele cam-

pagne in algemene zin. Het schema gepresenteerd in de inleiding dient hierbij als leidraad. Dit schema ziet er als volgt uit:

Schema 9.1: Hoofdresultaten van de proces- en effectevaluatie



Het feit dat nagenoeg geen veranderingen zijn geconstateerd in kennis en opvattingen van moeders kan verklaard worden door de mate waarin moeders met intensieve voorlichting zijn bereikt, namelijk voorlichting via interpersoonlijk contact gericht op kennisvergroting en attitudeverandering bij moeders. Aan deze constatering ligt ten grondslag dat mensen hun gedrag naar aanleiding van voorlichting veranderen door middel van attitudeverandering (Kok, 1989). Daarnaast gaan we er vanuit dat duurzame gedragsverandering door voorlichting alleen kan plaatsvinden door middel van een combinatie van interpersoonlijke- en massamediale voorlichtingskanalen (Rogers, 1983; Bettinghaus, 1986).

9.3.1 Bereik van moeders door intensieve interpersoonlijke voorlichting

Ongeveer 18% van de Nijmeegse moeders is bereikt met intensieve interpersoonlijke voorlichting over kinderveiligheid: 16% hiervan is gegeven door Vrijwillige

Veiligheidsvoorlichters en 2% door wijkverpleegkundigen die groepsbijeenkomsten hebben georganiseerd. De overige mondelinge voorlichting die tijdens de campagne is gegeven, is vrij beperkt gebleven.

De vraag is vervolgens waarom relatief weinig moeders met intensieve mondelinge voorlichting zijn bereikt. Om deze vraag te beantwoorden kijken we eerst naar de mate waarin intermediairs gedurende het jaar van de campagne hebben voorgelicht.

9.3.2 Voorlichtingsactiviteiten door intermediairs

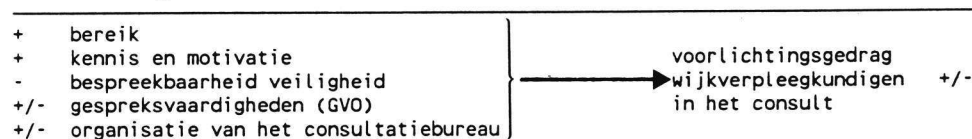
Niet alle professionele intermediairs zijn door de campagne meer voorlichting gaan geven over kinderveiligheid. Wijkverpleegkundigen zijn wat dit betreft het actiefst geweest. Leidsters van kindercentra en kraamverzorgenden hebben nagenoeg geen voorlichting gegeven gedurende het campagnejaar. Daarnaast zijn er vrijwilligers actief geweest; zij hebben echter gedurende het campagnejaar aan minder ouders voorlichting gegeven dan was gepland.

Om inzicht te verkrijgen in de beperkte voorlichtingsactiviteiten van intermediairs zal worden ingegaan op mogelijke verklaringen die verder kunnen gaan dan die welke gepresenteerd zijn in schema 9.1. Dit wordt eerst voor de professionele intermediairs besproken: de wijkverpleegkundigen, leidsters van kindercentra en de kraamverzorgsters. Daarna wordt ingegaan op de vrijwillige intermediairs.

Professionele intermediairs

Het veranderen van het voorlichtingsgedrag van *wijkverpleegkundigen* in het individuele consult is in beperkte mate gelukt. Met verandering wordt bedoeld dat wijkverpleegkundigen bij elk bezoek dat de ouder brengt aan het consultatiebureau op kinderveiligheid ingaat.

Schema 9.2: Samenvatting van factoren die het voorlichtingsgedrag van wijkverpleegkundigen in het consult hebben beïnvloed.

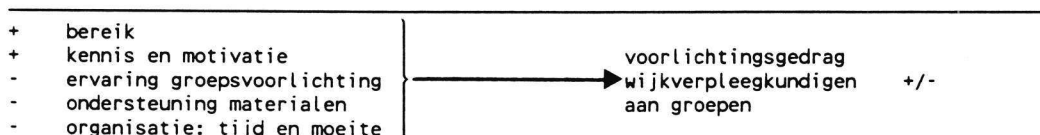


Dit is niet te wijten aan het bereik van de bijscholing, want nagenoeg alle wijkverpleegkundigen hebben de bijscholing gevolgd (deelname was verplicht). Ook is het beperkte voorlichtingsgedrag niet toe te schrijven aan te weinig kennis of motivatie van wijkverpleegkundigen om veiligheidsvoorlichting te geven. Veeleer heeft het te maken met de moeilijkheid veiligheid bespreekbaar te maken, een tekort aan gespreksvaardigheden en de organisatie van het cb. Wijkverpleegkundigen hebben na de bijscholing aangegeven dat zij het moeilijk vinden om kinderveiligheid als onderwerp ter sprake te brengen; men ziet het vaak als betutteling. Bovendien is gebleken dat wijkverpleegkundigen sterk van elkaar verschillen in hun ervaring met het geven van gezondheidsvoorlichting. Onervarenheid met voorlichting geven, kan het bespreken van kinderveiligheid mede hebben bemoeilijkt.

De bijscholing is voornamelijk gericht geweest op het vergroten van de kennis over en motivatie voor kinderveiligheid, maar heeft niet kunnen ingaan op het bespreekbaar maken van kinderveiligheid tijdens het consult. Daarnaast heeft men aangegeven te weinig tijd te hebben voor het geven van veiligheidsvoorlichting. Hoeveel tijd men beschikbaar heeft is sterk afhankelijk van het type bureau waar men werkt. Juist als men nog geen ervaring heeft met het geven van veiligheidsvoorlichting is tijdsdruk niet bevorderlijk om dit onderwerp in het consult te bespreken.

Het geven van groepsvoorlichting door wijkverpleegkundigen is redelijk gelukt.

Schema 9.3: Samenvatting van factoren die het voorlichtingsgedrag van wijkverpleegkundigen aan groepen hebben beïnvloed.

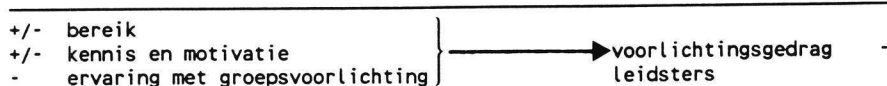


Voldoende wijkverpleegkundigen hebben aan de bijscholing meegedaan. Dit waren wijkverpleegkundigen die gemotiveerd waren om veiligheidsvoorlichting aan groepen ouders te gaan geven. Echter, doordat de handleiding om een voorlichtingsbijeenkomst op te zetten nog niet klaar was en omdat er geen ervaring was met het geven van groepsvoorlichting, heeft het de wijkverpleegkundigen veel

tijd gekost bijeenkomsten voor te bereiden. Daarnaast kostte het werven van ouders veel tijd.

Het veranderen van het voorlichtingsgedrag van *leidsters van kindercentra* is vrijwel niet gelukt: er is slechts op beperkte schaal door leidsters voorlichting gegeven aan groepen ouders.

Schema 9.4: Samenvatting van factoren die het voorlichtingsgedrag van leidsters hebben beïnvloed.



Dit is in eerste instantie te wijten geweest aan de beperkte deelname van leidsters aan de bijscholing. In het kader van een lokale voorlichtingscampagne is het percentage deelnemers niet voldoende geweest, hoewel dit percentage te vergelijken is met deelname aan andere bijscholingen die leidsters worden aangeboden door de VKN. In tegenstelling tot de wijkverpleegkundigen ging het hier om vrijwillige deelname.

Daarnaast blijkt dat slechts enkele leidsters die zijn bijgeschoold in het houden van themabijeenkomsten daadwerkelijk hebben voorgelicht. Dit hangt enerzijds samen met het feit dat vóór de bijscholing niet is nagegaan waar knelpunten in voorlichting door leidsters zouden kunnen zitten. De reden hiervoor is dat de VKN in een te laat stadium heeft kunnen participeren in de 0-4 jarigen commissie. Anderzijds waren leidsters waarschijnlijk minder gemotiveerd om groepsvoorlichting te geven, omdat meestal een spreker werd geïnviteerd om een presentatie op het kindercentrum te houden. Leidsters hadden geen vaardigheden in het geven van voorlichting aan ouders, en helemaal niet in het geven van groepsvoorlichting.

Men had overigens evenals bij de wijkverpleegkundigen een klankbordgroep willen vormen, waarin o.a. leidsters en bestuursleden moesten participeren. Dit is niet doorgegaan omdat pas in een vrij laat stadium een vertegenwoordiger van de VKN in de 0-4 jarigen commissie kon participeren.

Het veranderen van het voorlichtingsgedrag van *kraamverzorgsters* is vrijwel niet gelukt. Met voorlichtingsgedrag wordt hier vooral bedoeld dat ouders geattendeerd worden op gevaarlijke situaties in huis.

Schema 9.5: Samenvatting van factoren die het voorlichtingsgedrag van kraamverzorgsters hebben beïnvloed.



Dit is niet te wijten geweest aan het bereik van de bijscholing. Bijna alle kraamverzorgsters hebben de bijscholing gevolgd, omdat deelname door de leiding van de kraamzorg verplicht was gesteld. Kennis van kraamverzorgsters met betrekking tot kinderveiligheid is waarschijnlijk niet van invloed geweest op hun voorlichtingsgedrag, omdat de kraamverzorgsters al vóór de bijscholing over voldoende kennis beschikten. De bijscholingscoördinatrice van de kraamzorg heeft wel aangegeven dat kraamverzorgsters voor de bijscholing niet voldoende gemotiveerd waren om voorlichting over veiligheid te geven en het moeilijk vonden om er met ouders over te praten. De bijscholing heeft de motivatie om veiligheidsvoorlichting te geven nauwelijks vergroot. Evenals bij de wijkverpleegkundigen vindt eenderde van de kraamverzorgenden het (nog steeds) moeilijk om veiligheid met ouders te bespreken.

Conclusies met betrekking tot professionele intermediairs

Gebleken is dat de mate waarin professionele intermediairs zijn bereikt met bijscholing over privé-ongevallen afhangt van verplichte of vrijwillige deelname (verplichte deelname levert het hoogste bereik op).

De gegeven bijscholingen zijn met name gericht geweest op het vergroten van de kennis over kinderveiligheid bij intermediairs. Hierbij is er vanuit gegaan dat de motivatie om veiligheidsvoorlichting te geven bij de intermediairs aanwezig was hetgeen niet altijd het geval was. Er mag vanuit worden gegaan dat, als de motivatie om veiligheidsvoorlichting te weinig aanwezig is, het verhogen van de kennis over dit onderwerp niet veel zin heeft. Daarnaast heeft een tekort aan vaardigheden om kinderveiligheid met ouders te bespreken menig intermediair parten

gespeeld. Omdat de bijscholing slechts uit twee uren bestond is eerst prioriteit gegeven aan het vergroten van de kennis en motivatie ten aanzien van kinderveiligheid. Daardoor kon nauwelijks aandacht worden besteed aan het bespreekbaar maken van veiligheid en aan gespreksvaardigheden in het algemeen.

In de loop van de campagne zijn intermediairs niet verder begeleid of geadviseerd over hun voorlichtingsgedrag. Het is irreëel om van een eenmalige bijscholing aan intermediairs een complete gedragsverandering te verwachten. Begeleiding van de intermediairs na de bijscholing lag wel in de opzet van de 0-4 jarigen commissie: nadat de intermediairs praktisch aan de slag waren geweest met het geven van voorlichting zou een evaluatie-moment volgen. Dat dit niet is gebeurd, kan worden toegeschreven aan tijdgebrek van de kant van de SCV, maar ook aan de intermediaire organisaties die zelf niet het initiatief hebben genomen om de SCV bij een evaluatie te betrekken. Ten aanzien van de intermediairs zijn de verwachtingen te hoog geweest in relatie tot hetgeen hen geboden is en in relatie tot de tijd die zij gekregen hebben om hun voorlichting te kunnen ontwikkelen.

Aanbevelingen ten behoeve van professionele intermediairs

Om intermediairs aan te zetten tot het geven van veiligheidsvoorlichting moet zorgvuldig in kaart worden gebracht om welke redenen er over kinderveiligheid niet of te weinig wordt voorgelicht. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen factoren die te maken hebben met voorwaarden en/of beperkingen die de intermediair worden opgelegd door de organisatie (bijv. een maximum aantal minuten voor een gesprek met de ouder) en met factoren die te maken hebben met de kennis en opvattingen (bijv. motivatie) van de intermediair zelf.

Allereerst moet de intermediair door de organisatie waar hij/zij werkt in de gelegenheid worden gesteld om veiligheidsvoorlichting te geven zoals dat idealiter gegeven zou moeten worden. Pas dan moet een strategie worden ontwikkeld om de motivatie, kennis en vaardigheden van intermediairs te vergroten. Deze strategie moet meer inhouden dan een eenmalige bijscholing. Persoonlijke feedback en begeleiding van intermediairs lijkt het meest gewenst als het de opzet is om ouders daadwerkelijk aan te zetten tot veiliger gedrag. Materialen e.d. die intermediairs nodig hebben bij hun voorlichting moeten voor handen zijn op het moment

van de bijscholing. Een dergelijk aanpak vergt veel tijd en menskracht maar zal wellicht een beter resultaat opleveren.

Vrijwillige intermediairs

Het geven van veiligheidsvoorlichting door *vrijwilligers* aan zoveel mogelijk ouders met 0-4 jarigen in Nijmegen is gedeeltelijk gelukt. Dat wil zeggen: een deel van deze ouders is met groepsvoorlichting bereikt.

Schema 9.6: Samenvatting van factoren die het voorlichtingsgedrag van vrijwilligers hebben beïnvloed.



Ten eerste had dit te maken met de werving van vrijwilligers. Het plan was om meer dan 30 vrijwilligers te werven om bijna alle ouders van gezinnen met 0-4 jarigen voor te lichten ervan uitgaande dat ouders van alle gezinnen zouden willen participeren. Uiteindelijk zijn 15 vrijwilligers aan het werk gegaan. Omdat vier vrijwilligers met z'n tweeën een groepsbijeenkomst hielden, betrof het 13 uitvoerende eenheden. Er was vanuit de SCV geen ervaring met het werven van vrijwilligers en evenmin waren vanuit de literatuur aanwijzingen voor de werving van vrijwilligers die als voorlichters zouden moeten gaan opereren. De idee om via reeds werkende vrijwilligers nieuwe vrijwilligers te recrutereren is evenmin succesvol geweest. De vrijwilligers hebben te weinig aan werving gedaan. Vanuit de SCV is verder weinig initiatief meer ondernomen om vrijwilligers aan te zetten tot werving in verband met andere prioriteiten. De vrijwilligers die wilden meedoen waren uiterst gemotiveerd om voorlichting te gaan geven over kinderveiligheid. Kennis over kinderveiligheid hebben zij voldoende opgedaan tijdens de training. Echter door de relatief lage opkomst van ouders is de motivatie van sommige vrijwilligers afgenomen. Bovendien voelden niet alle vrijwilligers zich na de training in staat om groepsvoorlichting te geven. In de training kon hier ook onvoldoende tijd voor worden ingeruimd. Als laatste factor kan hebben mee-

gespeeld dat de organisatie veel tijd in beslag nam; de organisatie werd als vervelend ervaren in tegenstelling tot het geven van voorlichting.

Conclusies met betrekking tot vrijwillige intermediairs

De inzet van vrijwilligers in de kinderveiligheidscampagne kan uniek genoemd worden als het gaat om kinderveiligheid als thema en wellicht ook als het gaat om vrijwilligers die zich bezighouden met primaire preventie (uiteraard kent de inzet van vrijwilligers in de patiëntenvoorlichting een lange traditie). De onervarenheid van de SCV om vrijwilligers in te schakelen bij hun voorlichtingswerk heeft ertoe geleid dat een aantal zaken niet kon worden voorzien.

Aangenomen was dat de afstand tussen vrijwilligers en ouders voldoende verkleind zou worden als de vrijwilliger zelf een ouder zou zijn. De werving van vrijwilligers is dan ook niet gericht geweest op het werven van vrijwilligers met een verschillende opleiding en/of sociaal-economische achtergrond. Dit heeft ertoe geleid dat de groep vrijwilligers relatief hoog was opgeleid. Op haar beurt kan dit weer tot gevolg hebben gehad dat voornamelijk hoger opgeleide ouders naar de voorlichtingsbijeenkomsten zijn gekomen.

In de training van de vrijwilligers is vanwege tijdgebrek te weinig aandacht besteed aan de vaardigheden om een groepsvoorlichtingsbijeenkomst te houden. Persoonlijke feedback en begeleiding zouden dit hebben kunnen wegnemen. Alhoewel deze feedback en begeleiding is gegeven bleek dat voor een aantal vrijwilligers niet genoeg te zijn. Dit had deels weer te maken met tijdgebrek van de kant van de SCV. Aan de andere kant speelde een rol dat de SCV de vrijwilligers niet te veel wilde bekritisieren in hun werk, omdat hun inzet hoe dan ook zeer welkom was en hun inzet zeer werd gewaardeerd.

Het feit dat de opkomst van ouders relatief laag was in de ogen van de vrijwilligers en zij daardoor gedemotiveerd raakten is een factor die niet kon worden voorspeld ten tijde van de campagne. Echter, achteraf lijkt het aannemelijk dat kinderveiligheid niet een onderwerp is waar ouders van 0-4 jarigen zo sterk in geïnteresseerd zijn dat zij daarvoor naar een groepsbijeenkomst wilden komen. Laidman (1987) constateert dat met name ouders met een lagere SES weinig prioriteit geven aan kinderveiligheid. Men zal zich dan ook minder snel openstellen voor informatie over dit onderwerp ongeacht de kwaliteit van de voorlichting.

Ten tijde van de voorbereiding van de campagne was er te weinig informatie voorhanden over de mate waarin ouders behoefte hebben aan informatie over kinderveiligheid. Een campagne die voornamelijk gericht is op het aanbieden van maatregelen slaat dan minder aan.

De geringe deelname aan VVV-bijeenkomsten kan ook beïnvloed zijn door de gekozen voorlichtingsmethode: het kan zijn dat het participeren in een groepsbijeenkomst - met name voor lager opgeleide ouders - niet aansluit bij hun leefwijze.

Aanbevelingen ten behoeve van vrijwillige intermediairs

Bij een lokale veiligheidscampagne waarin een groot deel van de ouders bereikt moet worden via interpersoonlijke kanalen, is de inzet van vrijwilligers onontbeerlijk. De reden hiervoor is dat professionele intermediairs niet de mogelijkheden hebben (tijd en menskracht) om ouders intensief voor te lichten. Dit hangt ondermeer samen met het feit dat veiligheid een onderwerp is dat veel verschillende aspecten kent en daardoor veel tijd vergt.

Bij de inzet van vrijwilligers lijkt een andere voorlichtingsmethode dan groepsvoorlichting geschikter. Individuele voorlichting aan ouders en dan via een huisbezoek lijkt een goede methode (Wortel e.a., 1991; zie ook bijlage 6). Hierbij wordt van de vrijwilligers minder gevergd: minder tijd is nodig voor de organisatie van het voorlichtingswerk en de vaardigheden om een groepsbijeenkomst te houden (welke zwaar werden gevonden) komen te vervallen. Omdat huisbezoeken meer tijd in beslag kunnen nemen dan groepsbijeenkomsten, lijkt het goed de doelgroep te reduceren tot ouders met een eerstgeboren kind. Deze ouders zullen in vergelijking met ouders met meer kinderen waarschijnlijk gemakkelijker te beïnvloeden zijn, omdat ze nog geen vast gedragspatroon hebben ontwikkeld (Van Rijn e.a., 1991). Verder is het aan te bevelen vrijwilligers te laten samenwerken met professionele hulpverleners zodat zij via hen ondersteuning kunnen krijgen.

Tenslotte is het raadzaam om vóórdat een vrijwilligersproject gestart wordt, de werving en voorlichtingsactiviteiten op kleine schaal te pretesten.

9.3.3 Functioneren en formatie van de 0-4 jarigen commissie

Het functioneren van de commissie 0-4 jarigen is redelijk goed verlopen. Echter behalve dat de SCV het initiatief voor de start van de campagne heeft genomen, is ook de ontwikkeling en uitvoering van de campagne grotendeels door de SCV gebeurd. Door de start van het VVV-project ontstond een nog grotere werkdruk. Hiervoor zijn twee verklaringen te geven. Enerzijds kan dit het resultaat zijn van de idee van de participerende organisaties dat de gehele campagne toch min of meer een SCV-activiteit is geweest waardoor de organisaties zich passiever hebben opgesteld. Anderzijds is het mogelijk dat de oorzaak ligt in het gebrek aan tijd en menskracht om aan de campagne mee te doen: de campagne-activiteiten waren duidelijk extra activiteiten waar gedeeltelijk tijd en menskracht voor kon worden vrij gemaakt. Het gebrek aan ondersteuning vanuit de organisaties werd versterkt door langdurige ziekte van enkele leden van de 0-4 jarigen commissie. Het een en ander heeft erin geresulteerd dat de consulente van de SCV een taak heeft gekregen die te belastend was, dat wil zeggen de taken konden niet worden uitgevoerd in de beschikbare werktijd van de consulente. Om dit gedeeltelijk op te heffen is tijdelijk een projectmedewerkster aangesteld. Dit kon toch niet voorkomen dat de reguliere werkzaamheden van de consulente in haar regio in het gedrang kwamen.

De formatie van de 0-4 jarigen commissie is goed verlopen, dat wil zeggen alle organisaties/instellingen die zijn uitgenodigd te participeren in de commissie, hebben positief gereageerd. Echter, de VKN heeft vanwege een gebrek aan menskracht pas geparticipeerd in de commissie toen de voorbereidingen al in een vergevorderd stadium verkeerden. De Provinciale Kraamzorg wilde wel een bijdrage leveren aan de campagne, maar heeft wegens gebrek aan menskracht niet in de commissie kunnen participeren.

Algemene conclusies met betrekking tot de campagne

Een belangrijke tekortkoming van de gehele campagne was dat teveel door te weinig mensen in te weinig tijd moest gebeuren. Het gebrek aan tijd is te wijten aan de planning van het project door de SCV. Daarbij stond de SCV voor een dilemma. Aan de ene kant wilde de SCV zo veel mogelijk ruimte overlaten voor

de participerende organisaties; aan de andere kant had de SCV zich een hoog doel gesteld, namelijk de ongevallen bij 0-12 jarigen in één jaar terugdringen met 20%. De eerste doelstelling vereiste dat geen strak campagneplan zou worden geformuleerd. De tweede doelstelling zou juist gebaat zijn geweest bij een gedetailleerd campagneplan. Aangezien de SCV heeft gekozen voor een globaal campagneplan is pas in de loop van de voorbereiding van de campagne duidelijk geworden welke tijd en menskracht nodig waren om activiteiten verder te ontwikkelen en uit te voeren.

Duidelijk is onderschat wat het betekent als intermediairs voorlichting moeten gaan geven over een onderwerp waarover zij geen of onvoldoende deskundigheid hebben en waarvoor ondersteunende materialen gemaakt moeten worden. Lang niet alle bijscholingen en materialen voor intermediairs bleken gereed te zijn bij de start van de campagne. De voorlichting aan ouders is dan ook pas halverwege het campagnejaar gestart. Daarnaast bleek voor de ontwikkeling van de bijscholing de ondersteunende literatuur om de inhoud van de voorlichting aan ouders te bepalen, niet op tijd aanwezig te zijn.

De doelstelling om de ongevallen met 20% terug te dringen stelde bovendien eisen aan de voorlichtingsstrategie. Toen duidelijk werd wat het bereik van persoonlijke voorlichting door professionele intermediairs zou zijn, is besloten het VVV-project te starten. In geval het VVV-project niet was gestart, zou besloten worden het evaluatie-onderzoek naar de effecten van de campagne op gedrag van moeders niet verder uit te voeren. Hiertoe zou worden over gegaan omdat indien te weinig mondelinge voorlichting zou worden gegeven nauwelijks effecten op gedrag of ongevallen verwacht konden worden, terwijl dat de doelen van de campagne waren. Het feit dat het al dan niet behalen van de campagnedoelen zou worden geëvalueerd is dus eveneens van invloed geweest op de invulling van de campagne.

Het VVV project betekende uiteraard een extra belasting in de voorbereiding en uitvoering van het campagneplan. Daarnaast bleek de hoge doelstelling van de campagne tamelijk negatief te werken op de participerende organisaties (men vond dit doel een zware druk geven).

Algemene aanbevelingen ten behoeve van een lokale (veiligheids)campagne

Het voorbereiden van een lokale campagne vergt hoe dan ook veel tijd en aandacht. In geval het campagneplan niet gedetailleerd is uitgewerkt en meerder partijen hierover kunnen meedenken zal de voorbereiding meer tijd vergen. Daarnaast speelt een rol welke effecten de campagne zal moeten realiseren. Hoe hoger de verwachtingen des te beter de voorbereiding moet zijn. Het veranderen van gedragsdeterminanten en gedrag stelt relatief veel eisen aan de voorlichtingsstrategie. Belangrijk is dat ook de doelstellingen van de campagne gezamenlijk worden geformuleerd, opdat alle partijen zich hierin kunnen herkennen. Door subdoelen te formuleren die uiteindelijk tot het einddoel moeten leiden, kan een idee worden gekregen van de haalbaarheid van het einddoel. In de voorbereidingsfase moeten verschillende evaluatie-punten worden ingebouwd om bijstelling mogelijk te maken.

Indien de effecten van de campagne worden geëvalueerd in termen van veranderingen in gedragsdeterminanten, gedrag of zelfs een afname van het gezondheidsprobleem, moet de voorlichting de gelegenheid krijgen z'n werk te doen. Ofwel, als gedragsverandering bij ouders wordt nagestreefd met een éénjarige campagne, dan moeten ouders daadwerkelijk intensief gedurende een jaar worden voorlicht. Dit stelt zowel hoge eisen aan de kwaliteit van de voorlichting als aan de frequentie ervan.

9.4 Samenhang 'geen effect-conclusie' met de opzet van het onderzoek

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag of en in hoeverre de onderzoeksopzet samenhangt met de conclusie: geen effect. Ten aanzien van het onderzoek is een aantal opmerkingen te maken.

De opzet van het evaluatie-onderzoek is zodanig gekozen dat bedreigingen van de interne validiteit zoveel mogelijk zijn uitgesloten. Het terecht constateren van wel of geen effecten van de campagne is daarmee grotendeels gewaarborgd.

Voorts is bij de opzet van het onderzoek ervan uitgegaan dat voorlichting gedrag van ouders kan veranderen als de daaraan ten grondslag liggende determinanten veranderen, zoals hun kennis en opvattingen ten aanzien van dat gedrag. Effecten

van gedragsveranderingen kunnen op termijn veranderingen laten zien in het gezondheidsprobleem zelf. Met betrekking tot ongevallen bij 0-4 jarigen is verondersteld dat gedragsverandering bij de ouders (i.e. meer veiligheidsmaatregelen treffen) op vrij korte termijn zichtbaar kan worden in ongevals cijfers. Er wordt dus vanuit gegaan dat het één logischerwijs vooraf wordt gegaan door het ander. Deze keten is door middel van de effectevaluatie in beeld gebracht. De resultaten van de effect-evaluatie zijn consistent te noemen: er zijn (nagenoeg) geen veranderingen in determinanten van veiligheidsgedrag opgetreden, geen veranderingen in het gedrag zelf en evenmin in ongevallen van 0-4 jarigen.

Op basis van nadere analyse van de gegevens van de voormeting in Nijmegen is duidelijk geworden dat een deel van de gedragsdeterminanten reeds een 'plafond-waarde' hadden bereikt. Dit betekent dat ten gevolge van de campagne redelijkerwijs geen verbeteringen meer te verwachten waren. Bijvoorbeeld, omdat vóór de campagne 99% van de moeders het buiten bereik houden van medicijnen al kende, is geen effect meer te verwachten op de bekendheid met deze maatregel. (Voor welke variabelen deze plafond-waarden gelden is inzichtelijk op basis van bijlage 5). Met betrekking tot veiligheidsmaatregelen zijn deze plafond-waarden slechts voor enkele maatregelen aanwezig. Voor de meeste maatregelen geldt dus dat men zich veiliger kan gedragen en dat de campagne hierop effect zou kunnen hebben gehad.

Een andere bevinding op basis van deze voormeting was dat de relatie tussen de determinanten en de afzonderlijke omgevingsmaatregelen matig of goed was. Een matige relatie tussen de gekozen determinanten en de veiligheidsmaatregelen van moeders betekent dat die maatregelen niet alleen door de determinanten die in het onderzoek zijn betrokken worden verklaard. De keuze van gedragsdeterminanten is vooral gebaseerd geweest op de vraag: 'Wat vindt men van de maatregelen?' Als basis hiervoor is een uitbreiding van het Fishbein en Ajzen model gebruikt (zie Wortel et al 1990). Ten tijde van de campagne zijn steeds meer aanwijzingen gekomen dat ouders geen *behoefte* hebben om het veiligheidsprobleem van hun kinderen (verder) aan te pakken. Ofwel: als men geen behoefte heeft aan het (verder) reduceren van risicosituaties dan zal men ook minder openstaan voor informatie over maatregelen die die risico-situaties kunnen oplossen. Veranderingen in de behoefte van ouders is niet expliciet als determinant meegenomen in de

effectevaluatie. Echter, het lijkt het onwaarschijnlijk dat de campagne de behoefte heeft kunnen vergroten, omdat de campagne hier niet specifiek op gericht is geweest.

Een laatste verklaring voor het niet kunnen constateren van effecten kan te maken hebben met de kleine steekproef in Woerden (de controle-gemeente). Alhoewel de respons van de voor- en nameting hoog was, bleven voor sommige analyses zeer weinig respondenten over. Analyses met een gering aantal respondenten kunnen ertoe leiden dat effecten niet worden gesignaleerd, terwijl ze er wel zijn. Echter lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat met welke onderzoeksopzet dan ook waarschijnlijk geen significante effecten van de campagne vastgesteld zouden kunnen worden. Immers de kwaliteit van de campagne was onvoldoende om effecten te kunnen sorteren.

9.5 Beleidsimplicaties

Alhoewel de lokale veiligheidscampagne 'Nijmegen staat op veilig' niet de verwachte effecten heeft gehad, heeft de campagne bruikbare informatie opgeleverd om toekomstige lokale (veiligheids)campagnes voor een aantal valkuilen te behoeven.

Aandacht voor de verkenning van behoeften bij de doelgroep

Voor de start van een campagne zal moeten worden nagegaan of het probleem dat in de campagne centraal zal komen te staan in de ogen van de doelgroep belangrijk is om op te lossen. In geval men een bepaald gezondheidsprobleem (hier: privé-ongevallen bij kinderen) niet belangrijk (genoeg) vindt om aan te pakken, zal men minder geneigd zijn zich open te stellen voor remedies die het probleem kunnen aanpakken. Daarom is het belangrijk om van te voren door middel van onderzoek bij de doelgroep een beeld te krijgen van hun perceptie van het probleem.

In geval de behoefte om het probleem aan te pakken niet sterk leeft bij de doelgroep, zal in een campagne eerst de nadruk moeten liggen op het creëren van de behoefte het probleem op te lossen, bijvoorbeeld door kenbaar te maken hoe de

omvang en ernst van het gezondheidsprobleem er in de doelgroep uitziet en de oorzaken duidelijk te maken.

Aandacht voor de rol van massamediale kanalen

Lokale massamediale kanalen (plaatselijke krant, weekbladen, radio, wijkkrant en affiches) zijn enerzijds belangrijk in het bevorderen van de bekendheid van een lokale campagne; anderzijds kunnen ze ook essentieel zijn in het kenbaar maken van het probleem in kwestie waarvoor de campagne in het leven is geroepen dus om een behoefte bij de bevolking te kweken. Daarnaast kunnen massamediale kanalen dienen om tussentijdse resultaten die met de campagne zijn bereikt naar de bevolking terug te koppelen. Bijvoorbeeld: hoeveel ouders hebben meegedaan aan een groepsbijeenkomst over kinderveiligheid. Het tussentijds leveren van feedback over de campagne is alleen mogelijk als onderzoeksresultaten snel beschikbaar zijn (onderzoek heeft op deze manier een actie-begeleidende rol).

Tijdsinvestering/besteding

Bij de opzet van een lokale campagne zal, in geval er effecten worden verwacht op gedrag en/of het gezondheidsprobleem zelf, uitgegaan moeten worden van een reële periode voor de planning en uitvoering van de campagne. Het maken van een campagneplan met een geschatte tijdsbesteding voor afzonderlijke activiteiten kan hierbij van dienst zijn. Bijvoorbeeld als van professionele intermediairs (bijv. de wijkverpleegkundigen) wordt verwacht dat zij doelmatige voorlichting gaan geven, moet tijd worden gereserveerd voor de voorbereiding van een training aan deze professionals, voor een proefperiode waarin zij hun vaardigheden in de praktijk gaan brengen en hierbij begeleiding krijgen en de periode waarin zij feitelijk kunnen gaan voorlichten.

Meer ondersteuning voor professionele intermediairs

Professionele intermediairs kunnen een belangrijke schakel vormen in het bereken van de einddoelgroep (de personen voor wie het probleem in kwestie moet worden opgelost: in de veiligheidscampagne waren dit vooral ouders). Een eenmalige bijscholing of training is niet voldoende om intermediairs doelmatige voorlichting te laten geven. Als van professionele intermediairs een belangrijke

bijdrage wordt verwacht in de campagne dan is naast een bijscholing ook begeleiding in de praktijk noodzakelijk. De organisatie waarvoor de intermediairs werken, moet hiervoor tijd beschikbaar willen stellen. In feite moet ook bij sleutelfiguren uit deze organisaties duidelijk worden gemaakt wat de omvang en ernst van het probleem in kwestie is (hier: ongevallen bij kinderen) en moet bij hen de behoefte worden gecreëerd om een bijdrage te leveren in de preventie van het probleem. Ook voor dit traject moet tijd worden gereserveerd in de planning.

Meer aandacht voor de inzet van vrijwilligers

In lokale campagnes lijkt de inzet van vrijwilligers onontbeerlijk, omdat de te bereiken doelgroep vaak niet of onvoldoende door professionele intermediairs te bereiken is. De deelname van de bevolking aan lokale campagnes kan wellicht worden verhoogd door huisbezoeken die worden afgelegd door vrijwilligers. Cooke en Meyers (1983) hebben aangetoond dat de deelname aan bloeddruk screening hoger is als vrijwilligers huisbezoeken afleggen dan wanneer men wordt gevraagd om naar een centrale plaats in de stad te komen. Een ander voordeel van huisbezoeken is dat waarschijnlijk meer personen met een lage sociaal-economische status (SES) zullen participeren.

Het afleggen van huisbezoeken stelt niet zulke hoge eisen aan vrijwilligers dan als zij groepsbijeenkomsten moeten organiseren en leiden. Hiermee wordt het dan vermoedelijk gemakkelijker om vrijwilligers uit alle lagen van de bevolking te werven hetgeen weer een gunstiger respons kan hebben op participatie van mensen met een lage SES. Voorts is het belangrijk voor de continuïteit en kwaliteit van het vrijwilligers werk dat zij ondersteuning krijgen vanuit een lokale organisatie.

Naast voorlichting ook andere preventieve maatregelen

Een lokale campagne zal niet alleen uit voorlichting moeten bestaan, maar ook gebruik moeten maken van een combinatie van verschillende preventieve strategieën, zoals het treffen van structurele maatregelen door de gemeente (zoals het veilig maken van de woonomgeving en speelplaatsen), het creëren van een aanbod van kinderveilige artikelen in winkels door de middenstand bij de campagne te betrekken en gemeentelijke verordeningen ten aanzien van woningbouw of speel-

plaatsen. Een nadeel van een campagne waarin verschillende preventieve strategieën worden gebruikt, is dat de afzonderlijke effecten van de strategieën moeilijk zijn vast te stellen.

Privé-veiligheid samen met verkeersveiligheid presenteren

Bij voorlichting over kinderveiligheid lijken ouders naast de veiligheid in en om hun huis ook verkeersveiligheid daar bij te willen betrekken. Om aan te sluiten bij behoeften van ouders lijkt het dan ook goed om een lokale campagne niet alleen te betrekken op veiligheid in de privésfeer. Het zal duidelijk zijn dat als verkeersveiligheid ook onderwerp van de campagne zal worden, de behoefte aan structurele maatregelen van de kant van de gemeente zal toenemen (zoals aanleg fietspaden, verbeteren gevaarlijke kruising, matigen van de snelheid).

LITERATUUR

- Ajzen I. Attitudes, traits and actions: dispositional prediction of behavior in personality of behavior and social psychology, in Berkowitz L (ed.): Advances in experimental social psychology, volume 20. New York, Academic Press, 1987, pp. 1-63
- Bettinghaus EP. Health promotion and the knowledge-attitude-behavior continuum. Preventive Medicine 1986;15:475-491
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Overleden naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1986-1989.
- Cook TD, Campbell DT. Quasi-experimentation. Chicago, Rand McNally, 1979.
- Cooke CJ, Meyers A. The role of community volunteers in health interventions: a hypertension screening and follow-up program. Am J Publ Health 1983;73:193-194
- van Dongen M. Evaluatie van GVO-interventies. In: Damoiseaux et al. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Van analyse tot effecten. Assen, van Gorcum, 1987. pp 141-182
- de Geus GH, Bosker L, Baltussen E. Voorlichting over kinderveiligheid aan migranten: evaluatie van groepsvoorlichting gegeven in het kader van de voorlichtingsactie 'Nijmegen staat op veilig'. Amsterdam, Stichting Consument en Veiligheid, 1991.
- Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. Health Educ Q 1984;11:1-47
- Kok GJ. Theorieën over gedragsbeïnvloeding. In: Damoiseaux et al. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Van analyse tot effecten. Assen, van Gorcum, 1987. pp 53-76
- Kok G, Vries H de, Mudde AN, Strecher VJ. Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. Health Educ Res 1991;6:231-238
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000 - over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid. 's-Gravenhage, Tweede Kamer vergaderstukken 195000, nrs. 1-2, 1986.
- van Montfoort GLM, van Galen WCHC, Harris S. Ongevallen in Nederland. Amsterdam, Stichting Consument en Veiligheid, 1988.
- Prive Ongevallen Registratie Systeem. Jaaroverzichten 1984-1990. Amsterdam, Stichting Consument en Veiligheid, 1985-1991.
- Rogers EM: Diffusion of innovations. New York, The Free Press, 1983.
- Rogmans WHJ. Jonge kinderen en ongevalsrisico's buiten het verkeer. Leiden, Spruyt, van Mantgem & de Does, 1984.
- Rogmans WHJ. (red.) Preventie van verbrandingen bij kinderen. Leiden, Spruyt, van Mantgem & de Does, 1984.
- van Rijn OJL, Meertens RM, Kok GJ, Bouter LM. Determinants of behavioural risk factors for burn injuries. Burns 1991;17:364-370
- Schelp L. Community intervention and changes in accident pattern in a rural Swedish municipality. In: Epidemiology as a Basis for Evaluation of a Community Intervention Programme on Accidents. Sundyberg, Karolinska Institute, 1987, Paper 5.
- Stichting Consument en Veiligheid. Kinderveiligheid, groot worden zonder ongelukken. De eerst stappen (folder), Amsterdam, Stichting Consument en Veiligheid, 1988.
- Stichting Consument en Veiligheid. Jaaroverzicht privé-ongevallen registratie systeem, 1986-1988. Amsterdam, Stichting Consument en Veiligheid, 1986-1988.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). Ongevallen in het jaar 2000. Scenario's over ongevallen en traumatologie 1985-2000. Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema en Holkema, 1988.

Wortel E, Stompedissel I, Ooijendijk WTM. Preventie van Privé-ongevallen bij 0-4 jarigen: preventieve maatregelen van moeders, kennis en opvattingen, mogelijkheden voor gedragsbeïnvloeding via voorlichting. Leiden, NIPG-TNO, 1990.

Wortel E, Ooijendijk WTM. Preventie van privé-ongevallen bij kinderen: onderzoek naar preventief gedrag van ouders en gedragsdeterminanten. Leiden, NIPG-TNO, 1988.

LIJST VAN AFKORTINGEN

CB	Consultatiebureau
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
GGD	Gemeenschappelijke Geneeskundige Dienst
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KVN	Kruisvereniging Nijmegen
LCGVO	Landelijk Centrum Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
PKG	Provinciale Kruisvereniging Gelderland
PORS	Privé Ongevallen Registratie Systeem
S & O	Stichting Spel en Opvoeding
SCV	Stichting Consument en Veiligheid
VKN	Vereniging Kindercentra Nijmegen
VVV-er	Vrijwillige Veiligheidsvoorlichter
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

BIJLAGEN:**pagina**

Bijlage 1:	Begeleidende brief bij de vragenlijst	103
	Begeleidende brief van de gemeente	104
Bijlage 2:	Vragenlijst Nijmegen nameting	106
Bijlage 3:	Overzicht van de leeftijdsperiode waarin maatregelen nodig zijn	135
Bijlage 4:	Resultaten gedrag van moeders verkregen via de voormeting in Nijmegen en effecten van de campagne	139
Bijlage 5:	Resultaten gedragsdeterminanten van moeders verkregen via de voormeting in Nijmegen en effecten van de campagne	143
Bijlage 6:	Volunteers as safety educators in a community campaign on child safety (Wortel e.a. 1991)	153

Bijlage 1: Begeleidende brief bij de vragenlijst
 Begeleidende brief van de gemeente

Geachte ouders van

Datum

2 maart 1989

Ons nummer

EW/jh - 914/3363

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO) te Leiden doet een onderzoek naar de maatregelen die ouders treffen om een ongeval in de privésfeer van hun kind te voorkomen. Met ongevallen in de privésfeer worden niet verkeersongevallen bedoeld, maar alle andere ongevallen die in en om het huis gebeuren, op school, op speelplaatsen en dergelijke.

Ouders kunnen soms een ongeval van hun kind voorkomen door maatregelen te treffen. Jammer genoeg is hierover weinig bekend. Dit onderzoek is bedoeld om meer inzicht te krijgen in de maatregelen die ouders treffen en hun mening hierover. Op basis van dit soort kennis kan het aantal ongevallen bij kleine kinderen in de toekomst flink worden teruggebracht. De vragenlijst die daarvoor is opgesteld is bedoeld voor de moeder (verzorgster) van het kind. Hoewel we ons ervan bewust zijn dat vaders ook betrokken zijn bij de verzorging van hun kinderen, hebben we om onderzoekstechnische redenen alleen voor moeders gekozen.

Bij het invullen van de vragenlijst gaat het alleen om het kind dat hierboven is genoemd. Als u meer kinderen heeft, dan moet u die bij het invullen van de vragenlijst niet meerekenen.

De naam van uw kind is in overleg met de Gemeente Nijmegen bij toeval gekozen, zoals u ook in de bijgevoegde brief van de Gemeente kunt lezen.

U kunt er zeker van zijn dat uw gegevens strikt vertrouwelijk zullen worden behandeld.

Heeft u vragen over de invulling van de enquête, dan kunt u contact opnemen met een van de beide onderzoekers, Mw.drs. E. Wortel (telefoon 071-178 776) of Mw.drs. I. Stompedissel (telefoon 071-178 739).

Na invulling van de enquête, kunt u deze in de bijgevoegde enveloppe doen. Deze enveloppe zal op donderdag 9 maart of vrijdag 10 maart bij u thuis worden opgehaald.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Hoogachtend,


Dr. A. Dijkstra,
onderdirecteur.

Bijlagen

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



NIPG-TNO maakt deel uit van de Hoofdgroep
Gezondheidsonderzoek TNO



Gemeente Nijmegen

Korte Nieuwstraat 6
Postbus 9105
6500 HG Nijmegen
Telefoon 080 - 299111

Doorkiesnr. 29 2439

— Aan geadresseerde.

Uw brief van

--

Uw kenmerk

--

Ons kenmerk

Afd. SE31
nr. 72510534

Datum

poststempel

Onderwerp

Verstreking gegevens t.b.v.
een wetenschappelijk onderzoek.

Het zal u wellicht bekend zijn, dat verzoeken om verstreking van gegevens uit het bevolkingsregister van burgers van deze stad, alleen dan door ons worden ingewilligd, indien wij daartoe op grond van wettelijke voorschriften gehouden zijn, dan wel wij de verstreking daarvan in het belang van de ingezetenen achten (bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek longziekten en borstkanker).

In andere gevallen, zeker indien commerciële belangen in het geding zijn, zullen wij, juist met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, afwijzend op dergelijke verzoeken beschikken.

Wij hebben gemeend ook een uitzondering te moeten maken op een verzoek om verstreking van een aantal namen en adressen ten behoeve van een wetenschappelijk onderzoek, zoals dat door het instituut dat het onderzoek instelt, in de bijlage is aangegeven. Daarbij zijn ook uw naam en adres naar voren gekomen.

Alhoewel wij gelet op het algemene belang, dat daarmee is gediend, dit onderzoek gaarne ondersteunen, menen wij goed te doen u er op te wijzen, dat uiteraard geheel aan u wordt overgelaten, of u al dan niet medewerking aan dit onderzoek wilt geven.

BURGEMEESTER EN WETHOUDERS VAN
N I J M E G E N .

DE SECRETARIS.

Bijlage 2: Vragenlijst Nijmegen nameting



**VRAGENLIJST VOOR MOEDERS/VERZORGSTERS
VAN KINDEREN VAN 0 T/M 4 JAAR**

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

in samenwerking met

DE STICHTING CONSUMENT EN VEILIGHEID

maart 1989

Invulinstructie

Hoe moet u de vragenlijst invullen?

- * U kunt de meeste vragen beantwoorden door het rondje in te kleuren dat bij het antwoord van uw keuze staat.

Bij de meeste vragen gaat het om een paar onderwerpen tegelijk. We zullen hiervan een voorbeeld geven.

VOORBEELD

1. Hoe leuk vindt u de volgende huisdieren?

	heel leuk	vrij leuk	niet leuk	geen idee/weet niet
1. hond	☒	☐	☐	☐
2. poes	☐	☐	☒	☐
3. parkiet	☐	☒	☐	☐
4. goudvis	☐	☐	☒	☐
5. hamster	☐	☐	☒	☐
6. konijn	☐	☒	☐	☐

Bij deze vraag is het de bedoeling dat één antwoord per huisdier gegeven wordt.

Stel dat u een hond heel leuk vindt en een poes niet leuk, een parkiet vrij leuk, een goudvis en hamster niet leuk en een konijn vrij leuk.

Dan ziet het antwoordenpatroon er uit zoals in het voorbeeld.

- * Soms staat achter het antwoord dat u gegeven hebt dat u kunt doorgaan naar een vraag verderop in de vragenlijst. U slaat dan één of meer vragen over, omdat die niet op u van toepassing zijn. We zullen hier ook een voorbeeld van geven.

VOORBEELD

2. Heeft u een balkon? ☐ ja
☐ nee --> u kunt doorgaan naar vraag 4

3. Staan er op uw balkon voorwerpen waar uw kind kan opklimmen? ☐ ja
☐ nee

4. Heeft u een schuur? ☐ ja
☐ nee --> u kunt doorgaan naar vraag 6

- a. Als u geen balkon heeft, kunt u direct doorgaan naar vraag 4. U slaat vraag 3 over, omdat deze vraag niet op u van toepassing is.
- b. Als u wel een balkon heeft, gaat u gewoon verder met de volgende vraag.

- * Als u uw antwoord wilt verbeteren kunt u dat doen door een streep te zetten door het rondje dat u heeft ingekleurd.

VOORBEELD

5. Van welke bloemen houdt u het meest?
- ☐ tulpen
 - ☐ chrysanten
 - ☒ rozen
 - ☐ anjers
 - ☐ narcissen

Stel dat u eerst het rondje had ingekleurd bij rozen, maar dat u achteraf toch voor anjers kiest. Dan kunt u een streep zetten door het rondje voor rozen en vervolgens het rondje voor anjers inkleuren.

- * Het is de bedoeling dat u per vraag één antwoord geeft (dus slechts één rondje inkleurt). Er zijn vragen waarbij staat dat u meerdere antwoorden mag geven. Alléén dan kunt u meer antwoorden per vraag geven (dus meer rondjes inkleuren).

Tenslotte:

Om een volledig beeld te krijgen is het belangrijk dat u alle vragen beantwoordt die op u van toepassing zijn.

Op de volgende pagina begint de vragenlijst.

Eerst komen er enkele vragen over uw kind.

1. Wat is de geboortedatum van uw kind? 19.....
2. Is uw kind een jongen of een meisje?
 - ☐ jongen
 - ☐ meisje
3. Is uw kind geestelijk en/of lichamelijke gehandicapt?
 - ☐ nee
 - ☐ ja, lichamelijk
 - ☐ ja, geestelijk
 - ☐ ja, beide
4. Is dit uw eerste kind?
 - ☐ ja
 - ☐ nee

De volgende vragen gaan over uzelf.

5. Wat is uw leeftijd? jaar
6. Wat is uw burgerlijke staat?
 - ☐ gehuwd/samenwonend
 - ☐ ongehuwd
 - ☐ gescheiden
 - ☐ weduwe
7. Wat is uw nationaliteit?
 - ☐ Nederlands
 - ☐ anders, namelijk
8. Wat is de laatste schoolopleiding die u hebt afgemaakt?
 - ☐ Lagere School
 - ☐ Lager Beroeps Onderwijs
 - ☐ MAVO/MULO/HAVO
 - ☐ MBO
 - ☐ HBS/VWO
 - ☐ HBO
 - ☐ Universiteit
9. Wat is of was uw beroep?
10. Werkt u buitenshuis? (betaald werk)
 - ☐ ja
 - ☐ nee --> u kunt doorgaan naar vraag 12
11. Hoeveel uur in de week werkt u gemiddeld buitenshuis?
 - ☐ 9 uur of minder
 - ☐ 10-19 uur
 - ☐ 20-29 uur
 - ☐ 30 uur of meer
12. Komt u regelmatig met uw kind op het consultatiebureau?
 - ☐ ja
 - ☐ nee
13. Hebt u een geldig EHBO-diploma (Eerste Hulp Bij Ongelukken)?
 - ☐ ja
 - ☐ nee, wel gehad
 - ☐ nee, nooit gehad

De volgende vragen gaan over uw gezin en uw woonsituatie.

- | | |
|--|---|
| 14. Hoeveel ouders/verzorgers zijn er in het gezin aanwezig? | ☐ twee
☐ één --> u kunt doorgaan naar vraag 16 |
| 15. Wat is de <u>laatste</u> schoolopleiding die uw partner heeft afgemaakt? | ☐ Lagere School
☐ Lager Beroeps Onderwijs
☐ MAVO/MULO/HAVO
☐ MBO
☐ HBS/VWO
☐ HBO
☐ Universiteit |
| 16. In wat voor soort woning woont u nu? | ☐ eengezinswoning
☐ flat
☐ maisonnette
☐ boven- of benedenwoning
☐ vrijstaande woning
☐ anders, namelijk
..... |

De volgende vragen gaan over vergiftiging.

U kunt vergiftiging van uw kind voorkomen door op uw kind te letten en uw kind voor gevaar te waarschuwen. Daarnaast is het mogelijk om de volgende maatregelen te treffen:

- Maatregel 1. Huishoudelijke middelen hoog (1½ meter en hoger) in een kast(je) bewaren, bijvoorbeeld wasmiddelen en bleekwater.
 Maatregel 2. Doe-het-zelf middelen hoog (1½ meter en hoger) in een kast(je) bewaren, bijvoorbeeld lijm, beits en olie.
 Maatregel 3. Medicijnen in een hoog (1½ meter en hoger) kastje bewaren dat op slot zit.
 Maatregel 4. Cosmetica buiten bereik van uw kind houden, bijv. shampoo, make-up, bad- en doucheschuim.
 Maatregel 5. Rookwaar buiten bereik van uw kind houden, ook peuken.
 Maatregel 6. Alcoholische dranken buiten bereik van uw kind houden.
 Maatregel 7. Giftige planten uit uw huis verwijderen.

17. Welke van deze zeven maatregelen kende u nog niet of aan welke had u nog niet eerder gedacht? (u kunt hier meerdere rondjes inkleuren)

0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7

18. In hoeverre denkt u dat deze maatregelen helpen om vergiftiging van uw kind te voorkomen?

	helpt veel	helpt een beetje	helpt niet	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (huishoudelijke middelen)	0	0	0	0
Maatregel 2 (doe-het-zelf middelen)	0	0	0	0
Maatregel 3 (medicijnen)	0	0	0	0
Maatregel 4 (cosmetica)	0	0	0	0
Maatregel 5 (rookwaar)	0	0	0	0
Maatregel 6 (alcoholische dranken)	0	0	0	0
Maatregel 7 (giftige planten)	0	0	0	0

19. Hoe lastig vindt u het (zou u het vinden) om deze maatregelen te treffen?

	heel lastig	vrij lastig	niet lastig	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (huishoudelijke middelen)	0	0	0	0
Maatregel 2 (doe-het-zelf middelen)	0	0	0	0
Maatregel 3 (medicijnen)	0	0	0	0
Maatregel 4 (cosmetica)	0	0	0	0
Maatregel 5 (rookwaar)	0	0	0	0
Maatregel 6 (alcoholische dranken)	0	0	0	0
Maatregel 7 (giftige planten)	0	0	0	0

20. Vindt u het op deze leeftijd van uw kind nodig om deze maatregelen te treffen?

	ja, nodig	nee, te jong	nee, te oud	nooit nodig	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (huishoudelijke middelen)	0	0	0	0	0
Maatregel 2 (doe-het-zelf middelen)	0	0	0	0	0
Maatregel 3 (medicijnen)	0	0	0	0	0
Maatregel 4 (cosmetica)	0	0	0	0	0
Maatregel 5 (rookwaar)	0	0	0	0	0
Maatregel 6 (alcoholische dranken)	0	0	0	0	0
Maatregel 7 (giftige planten)	0	0	0	0	0

21. Hoe vaak denkt u dat het u lukt om in uw eigen huis de volgende producten (en planten) steeds buiten het bereik van uw kind te houden?

	altijd/ vaak	regel- matig	soms/ nooit	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (huishoudelijke middelen)	0	0	0	0
Maatregel 2 (doe-het-zelf middelen)	0	0	0	0
Maatregel 3 (medicijnen)	0	0	0	0
Maatregel 4 (cosmetica)	0	0	0	0
Maatregel 5 (rookwaar)	0	0	0	0
Maatregel 6 (alcoholische dranken)	0	0	0	0
Maatregel 7 (giftige planten)	0	0	0	0

22. Denkt u dat uw partner vindt dat de volgende maatregelen voor uw kind getroffen moeten worden? (Als u geen partner heeft, kunt u doorgaan naar vraag 23).

	ja, zeker	ik denk het wel	ik denk het niet	nee, zeker niet	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (huishoudelijke middelen)	0	0	0	0	0
Maatregel 2 (doe-het-zelf middelen)	0	0	0	0	0
Maatregel 3 (medicijnen)	0	0	0	0	0
Maatregel 4 (cosmetica)	0	0	0	0	0
Maatregel 5 (rookwaar)	0	0	0	0	0
Maatregel 6 (alcoholische dranken)	0	0	0	0	0
Maatregel 7 (giftige planten)	0	0	0	0	0

23. Hoe **groot** is volgens u **de kans** dat uw kind bij u thuis drinkt van:

	heel groot	vrij groot	niet groot	geen idee/ weet niet
1. afwasmiddel?	0	0	0	0
2. shampoo?	0	0	0	0
3. jodium?	0	0	0	0

24. Hoe **giftig** denkt u dat de volgende stoffen/dingen voor uw kind kunnen zijn?

	heel giftig	vrij giftig	niet giftig	geen idee/ weet niet
1. afwasmiddel	0	0	0	0
2. terpentijn	0	0	0	0
3. aspirine voor volwassenen	0	0	0	0
4. jodium	0	0	0	0
5. shampoo	0	0	0	0
6. sigaretten	0	0	0	0
7. jenever	0	0	0	0
8. dieffenbachia (plant)	0	0	0	0

De volgende vragen gaan over het bewaren van uw giftige middelen.

- 25.a Bewaart u uw huishoudelijke middelen op een hoge plek (1½ meter of hoger)?
- 0 ja, allemaal
0 ja, de meeste
0 nee
- 25.b Staan ze in een kast(je)?
- 0 ja, allemaal
0 ja, de meeste
0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 26a
- 25.c Zit het kastje op slot?
- 0 ja
0 nee
- 26.a Bewaart u uw doe-het-zelf-middelen op een hoge plek (1½ meter of hoger)?
- 0 ja, allemaal
0 ja, de meeste
0 nee
0 niet van toepassing, ik heb dit niet in huis --> u kunt doorgaan naar vraag 27a
- 26.b Staan ze in een kast(je)?
- 0 ja, allemaal
0 ja, de meeste
0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 27a
- 26.c Zit het kastje op slot?
- 0 ja
0 nee

- 27.a Bewaart u uw **medicijnen** op een hoge plek (1½ meter of hoger)?
- 0 ja, allemaal
 - 0 ja, de meeste
 - 0 nee
 - 0 niet van toepassing, ik heb niet in huis --> u kunt doorgaan naar vraag 28
- 27.b Staan ze in een kast(je)?
- 0 ja, allemaal
 - 0 ja, de meeste
 - 0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 28
- 27.c Zit het kastje op slot?
- 0 ja
 - 0 nee
28. Houdt u uw **cosmetica** (bijvoorbeeld shampoo en badschuim) buiten bereik van uw kind?
- 0 ja, allemaal
 - 0 ja, de meeste
 - 0 nee
29. Houdt u uw **alcoholische dranken** buiten bereik van uw kind?
- 0 ja, allemaal
 - 0 ja, de meeste
 - 0 nee
 - 0 niet van toepassing, ik heb dit niet in huis
30. Houdt u uw **rookwaar** buiten bereik van uw kind?
- 0 ja
 - 0 nee
 - 0 niet van toepassing, ik heb dit niet in huis
31. Heeft u **giftige planten** in huis?
- 0 ja
 - 0 nee
 - 0 geen idee/weet niet

De volgende vragen gaan over verbranding.

U kunt voorkomen dat uw kind brandwonden oploopt door op uw kind te letten en uw kind voor gevaar te waarschuwen. Daarnaast is het mogelijk om de volgende maatregelen te treffen:

- Maatregel 1. Uw kind niet op schoot nemen als u (hete) thee of koffie aan het drinken bent.
 Maatregel 2. Een volle thee- of koffiepot altijd zo wegzetten dat uw kind er niet bij kan.
 Maatregel 3. Uw kind tijdens het koken uit de keuken houden.
 Maatregel 4. Lucifers en aanstekers buiten bereik van uw kind houden.
 Maatregel 5. Een rekje om de kookpitten plaatsen waardoor uw kind geen pannen van het vuur af kan trekken (fornuisrekje).
 Maatregel 6. Een beschermer voor de ovenruit plaatsen waardoor uw kind zich niet aan de ovenruit kan branden als de oven aan staat (ovenruitbeschermer).
 Maatregel 7. Een beschermer op de ovendeur aanbrengen waardoor uw kind de ovendeur niet kan open trekken (ovendeurbeschermer).

32. Welke van deze zeven maatregelen kende u nog niet of aan welke had u nog niet eerder gedacht? (u kunt hier meerdere rondjes inkleuren)

0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7

33. In hoeverre denkt u dat deze maatregelen helpen om brandwonden bij uw kind te voorkomen?

	helpt veel	helpt een beetje	helpt niet	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (niet op schoot met thee/koffie)	0	0	0	0
Maatregel 2 (thee/koffiepot wegzetten)	0	0	0	0
Maatregel 3 (uit de keuken tijdens het koken)	0	0	0	0
Maatregel 4 (lucifers/aanstekers weghouden)	0	0	0	0
Maatregel 5 (fornuisrekje plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 6 (ovenruitbeschermer plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 7 (ovendeurbeschermer plaatsen)	0	0	0	0

34. Hoe lastig vindt u het (zou u het vinden) om deze maatregelen te treffen?

	heel lastig	vrij lastig	niet lastig	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (niet op schoot met thee/koffie)	0	0	0	0
Maatregel 2 (thee/koffiepot wegzetten)	0	0	0	0
Maatregel 3 (uit de keuken tijdens het koken)	0	0	0	0
Maatregel 4 (lucifers/aanstekers weghouden)	0	0	0	0
Maatregel 5 (fornuisrekje plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 6 (ovenruitbeschermer plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 7 (ovendeurbeschermer plaatsen)	0	0	0	0

35. Vindt u het op deze leeftijd van uw kind nodig om deze maatregelen te treffen?

	ja, nodig	nee, te jong	nee, te oud	nooit nodig	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (niet op schoot met thee/koffie)	0	0	0	0	0
Maatregel 2 (thee/koffiepot wegzetten)	0	0	0	0	0
Maatregel 3 (uit de keuken tijdens het koken)	0	0	0	0	0
Maatregel 4 (lucifers/aanstekers weghouden)	0	0	0	0	0
Maatregel 5 (fornuisrekje plaatsen)	0	0	0	0	0
Maatregel 6 (ovenruitbeschermer plaatsen)	0	0	0	0	0
Maatregel 7 (ovendeurbeschermer plaatsen)	0	0	0	0	0

36. Vindt u de volgende drie maatregelen duur?

	heel duur	vrij duur	niet duur	geen idee/ weet niet
Maatregel 5 (fornuisrekje plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 6 (ovenruitbeschermer plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 7 (ovendeurbeschermer plaatsen)	0	0	0	0

37. Hoe vaak denkt u dat het u lukt om in uw eigen huis steeds de volgende maatregelen te treffen?

	altijd/ vaak	regel- matig	soms/ nooit	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (niet op schoot met thee/koffie)	0	0	0	0
Maatregel 2 (thee/koffiepot wegzetten)	0	0	0	0
Maatregel 3 (uit de keuken tijdens het koken)	0	0	0	0
Maatregel 4 (lucifers/aanstekers weghouden)	0	0	0	0

38. Denkt u dat uw partner vindt dat de volgende maatregelen voor uw kind getroffen moeten worden? (Als u geen partner heeft, kunt u doorgaan naar vraag 39).

	ja, zeker	ik denk het wel	ik denk het niet	nee, zeker niet	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (niet op schoot met thee/koffie)	0	0	0	0	0
Maatregel 2 (thee/koffiepot wegzetten)	0	0	0	0	0
Maatregel 3 (uit de keuken tijdens het koken)	0	0	0	0	0
Maatregel 4 (lucifers/aanstekers weghouden)	0	0	0	0	0
Maatregel 5 (fornuisrekje plaatsen)	0	0	0	0	0
Maatregel 6 (ovenruitbeschermer plaatsen)	0	0	0	0	0
Maatregel 7 (ovendeurbeschermer plaatsen)	0	0	0	0	0

39. Hoe groot is volgens u de kans dat uw kind bij u thuis brandwonden oplo doordat uw kind:

	heel groot	vrij groot	niet groot	geen idee weet niet
1. een kopje hete thee over zich heen krijgt?	0	0	0	0
2. een pan met hete jus over zich heen krijgt als u aan het koken bent?	0	0	0	0
3. tegen de hete ovenruit aan komt als u de oven aan hebt staan?	0	0	0	0

40. Eerstegraads brandwonden zijn vrij licht, derdegraads zijn de ergste brandwon die iemand kan oplopen.

Welke brandwonden denkt u dat uw kind kan oplopen van:

	eerstegraads brandwonden	tweedegraads brandwonden	derdegraads brandwonden	geen idee weet niet
1. een kopje hete thee?	0	0	0	0
2. een pan met hete jus?	0	0	0	0
3. een hete ovenruit?	0	0	0	0

De volgende vragen gaan over maatregelen die u treft om brandwonden van uw kind voorkomen.

41. Hoe vaak treft u de volgende maatregelen voor uw kind?

	altijd/ vaak	regel- matig	soms/ nooit
Maatregel 1 (niet op schoot met thee/koffie)	0	0	0
Maatregel 2 (thee/koffiepot wegzetten)	0	0	0
Maatregel 3 (uit de keuken tijdens het koken)	0	0	0
Maatregel 4 (lucifers/aanstekers weghouden)	0	0	0

42. Heeft u om de kookpitten een
fornuisrekje? 0 ja
 0 nee
43. Heeft u een oven in de keuken op
de grond staan of op een hoogte
waar uw kind bij kan komen? 0 ja
 0 nee --> u kunt doorgaan
 naar vraag 46
44. Heeft uw oven een ovenruitbescher-
mer of een ruit die niet warm
wordt? 0 ja, een ovenruitbeschermer
 0 ja, een ovenruit die niet warm
 wordt
 0 nee, geen van beide
45. Heeft uw oven een ovendeurbescher-
mer of een andere beveiliging waar-
door uw kind hem niet open kan
trekken? 0 ja
 0 nee

De volgende vragen gaan over vallen.

U kunt voorkomen dat uw kind door een val ernstige verwondingen oploopt door op uw kind te letten en uw kind voor gevaar te waarschuwen. Daarnaast is het mogelijk om de volgende maatregelen te treffen:

- Maatregel 1. Boven en beneden aan de trap(pen) een traphekje plaatsen;
 Maatregel 2. Scherpe hoeken en randen in huis afdekken met stoothoeken en stootranden.
 Maatregel 3. Op ramen waar een kind uit naar buiten kan vallen raambeveiligers aanbrengen, waardoor het raam maar een klein stukje open kan.
 Maatregel 4. In de douchebak of in de badkuip anti-slip materiaal aanbrengen (ook matjes).

46. Welke van deze vier maatregelen kende u nog niet of aan welke had u nog niet eerder gedacht? (u kunt hier meerdere rondjes inkleuren)

0 1 0 2 0 3 0 4

47. In hoeverre denkt u dat deze maatregelen helpen om ernstige verwondingen van uw kind door een val te voorkomen?

	helpt veel	helpt een beetje	helpt niet	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (boven en beneden een traphekje)	0	0	0	0
Maatregel 2 (stoothoeken/randen)	0	0	0	0
Maatregel 3 (raambeveiligers plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 4 (anti-slip in douche of bad)	0	0	0	0

48. Hoe lastig vindt u het (zou u het vinden) om deze maatregelen te treffen?

	heel lastig	vrij lastig	niet lastig	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (boven en beneden een traphekje)	0	0	0	0
Maatregel 2 (stoothoeken/randen)	0	0	0	0
Maatregel 3 (raambeveiligers plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 4 (anti-slip in douche of bad)	0	0	0	0

49. Vindt u het op deze leeftijd van uw kind nodig om deze maatregelen te treffen?

	ja, nodig	nee, te jong	nee, te oud	nooit nodig	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (boven en beneden een traphekje)	0	0	0	0	0
Maatregel 2 (stoothoeken/randen)	0	0	0	0	0
Maatregel 3 (raambeveiligers plaatsen)	0	0	0	0	0
Maatregel 4 (anti-slip in douche of bad)	0	0	0	0	0

50. Vindt u deze maatregelen duur?

	heel duur	vrij duur	niet duur	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (boven en beneden een traphekje)	0	0	0	0
Maatregel 2 (stoothoeken/randen)	0	0	0	0
Maatregel 3 (raambeveiligers plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 4 (anti-slip in douche of bad)	0	0	0	0

51. Vindt u deze maatregelen lelijk in huis?

	heel lelijk	vrij lelijk	niet lelijk	geen idee/ weet niet
Maatregel 1 (boven en beneden een traphekje)	0	0	0	0
Maatregel 2 (stoothoeken/randen)	0	0	0	0
Maatregel 3 (raambeveiligers plaatsen)	0	0	0	0
Maatregel 4 (anti-slip in douche of bad)	0	0	0	0

52. Denkt u dat uw partner vindt dat de volgende maatregelen voor uw kind getroffen moeten worden? (Als u geen partner heeft, kunt u doorgaan naar vraag 53).

	ja, zeker	ik denk het wel	ik denk het niet	nee, zeker niet	geen idee/ weet niet
Als u geen trap heeft, dan kunt u maatregel 1 overslaan					
Maatregel 1 (boven en beneden een traphekje)	0	0	0	0	0
Maatregel 2 (stoothoeken/randen)	0	0	0	0	0
Maatregel 3 (raambeveiligers plaatsen)	0	0	0	0	0
Maatregel 4 (anti-slip in douche of bad)	0	0	0	0	0

53. Hoe vaak denkt u dat het u lukt om steeds het (de) traphekje(s) dicht te doen?

- 0 altijd/vaak
0 regelmatig
0 soms/nooit
0 weet niet/geen idee
0 niet van toepassing, ik heb geen trap(hekjes)

54. Hoe groot is volgens u de kans dat uw kind in uw huis:

	heel groot	vrij groot	niet groot	geen idee/ weet niet
1. van de trap valt?	0	0	0	0
2. tegen een scherpe hoek aan valt?	0	0	0	0
3. in de douche of het bad valt?	0	0	0	0

55. Hoe ernstig denkt u dat uw kind gewond kan raken als uw kind:

	heel ernstig	vrij ernstig	niet ernstig	geen idee/ weet niet
1. van de trap valt?	0	0	0	0
2. tegen een scherpe hoek aan valt?	0	0	0	0
3. in de douche of het bad valt?	0	0	0	0

De volgende vragen gaan over maatregelen die u treft om ernstige verwondingen van uw kind door een val te voorkomen.

56. Hoeveel trappen heeft u in huis?
(dus geen galerijtrappen e.d.)
- 0 één
0 twee
0 drie en meer
0 geen --> u kunt doorgaan naar vraag 60
57. Heeft u boven aan de trap(pen) een traphekje?
- 0 ja, bij één trap
0 ja, bij twee trappen
0 ja, bij meer dan twee trappen
0 nee
58. Heeft u beneden aan de trap(pen) een traphekje?
- 0 ja, bij één trap
0 ja, bij twee trappen
0 ja, bij meer dan twee trappen
0 nee
59. Wat voor soort traphekjes hebt u?
- 0 schaarhekjes (vouw)
0 spijlenhekjes
0 beide
0 niet van toepassing, ik heb geen traphekjes
60. Zijn er in uw huiskamer scherpe hoeken of randen waaraan uw kind zich zou kunnen bezeren?
- 0 ja
0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 62
61. Heeft u in uw huiskamer op scherpe hoeken of randen stoothoeken en stootranden geplaatst?
- 0 ja, op al die hoeken en randen
0 ja, op enkele van die hoeken en randen
0 nee

62. Heeft u ramen waaruit uw kind naar buiten zou kunnen vallen?
- 0 ja
 - 0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 64
63. Heeft u op die ramen raambeveiligers aangebracht?
- 0 ja, op al die ramen
 - 0 ja, op enkele van die ramen
 - 0 nee
64. Heeft u een douche of een bad?
- 0 ja, een douche
 - 0 ja, een bad
 - 0 ja, beide
 - 0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 66
65. Heeft u in uw douchebak en/of badkuip anti-slipmateriaal aangebracht?
- 0 ja, in de douchebak
 - 0 ja, in de badkuip
 - 0 ja, in beide
 - 0 nee

Maatregel 1. Klein speelgoed dat ingeslikt kan worden buiten bereik van uw kind houden.

Maatregel 2. Het speelgoed van uw kind regelmatig controleren op loszittende delen.

Maatregel 3. Plastic zakken en tassen die uw kind over het hoofd kan trekken buiten bereik van uw kind houden.

Maatregel 4. Het kind geen hard snoepgoed geven.

- 0 1 0 2 0 3 0 4

- | | altijd/
vaak | regel-
matig | soms/
nooit |
|--|-----------------|-----------------|----------------|
| Maatregel 1 (klein speelgoed buiten bereik houden) | 0 | 0 | 0 |
| Maatregel 2 (speelgoed controleren) | 0 | 0 | 0 |
| Maatregel 3 (plastic zakken/tassen buiten bereik) | 0 | 0 | 0 |
| Maatregel 4 (geen hard snoepgoed) | 0 | 0 | 0 |

De volgende vragen gaan over verdrinking.

Maatregel 1. Water in uw tuin of grenzend aan uw tuin afschermen.
Maatregel 2. Bij de gemeente druk uitoefenen om water in de buurt (zoals vijvers, sloten, kanalen) af te schermen.

- 0 1 0 2

- 126

71. Is er in de buurt van uw woning openbaar water (sloten, sierwater) dat naar uw mening gevaar oplevert voor uw kind? 0 ja
0 nee --> u kunt vraag 72 overslaan
72. Heeft u wel eens (alleen of samen met anderen) contact opgenomen met de gemeente om het gevaar van dit water zo veel mogelijk te beperken? 0 ja
0 nee

De volgende vragen gaan over beknelling.

U kunt beknelling van uw kind voorkomen door op uw kind te letten en uw kind voor gevaar te waarschuwen. Daarnaast is het mogelijk om de volgende maatregelen te treffen:

- Maatregel 1. Op de fiets voetsteuntjes of een kinderzitje gebruiken.
- Maatregel 2. Jasbeschermers op uw fiets bevestigen.
- Maatregel 3. De veren aan de onderkant van uw zadel beschermen met een hoesje (zadelveerbeschermer).
- Maatregel 4. Een deur die een tijdje open moet blijven staan vastzetten (bijvoorbeeld met een deurklem).

73. Welke van deze vier maatregelen kende u nog niet of aan welke had u nog niet eerder gedacht? (u kunt hier meerdere rondjes inkleuren)

0 1 0 2 0 3 0 4

74. Zit uw kind wel eens bij u achter op de fiets? 0 ja
0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 78
75. Heeft u op uw fiets voetsteuntjes of een kinderzitje? 0 ja
0 nee
76. Heeft u op uw fiets jasbeschermers? 0 ja
0 nee
77. Heeft u om uw zadelferen een zadelveerbeschermer? 0 ja
0 nee
78. Zet u een deur wel eens een tijdje open? 0 ja
0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 80
79. Zet u een deur die een tijdje open moet blijven, zo vast dat hij niet onverwachts dicht kan slaan? 0 ja
0 nee

De volgende vragen gaan over of uw kind wel eens een ongeval in de privésfeer heeft gehad. Ongevallen in de privésfeer zijn alle ongevallen behalve verkeersongevallen.

80. Heeft het kind waarvoor u de vragenlijst heeft ingevuld wel eens een ongeval in de privésfeer gehad waarvoor het bij de huisarts en/of in het ziekenhuis is geweest?
- 0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 84
0 ja
81. Voor hoeveel ongevallen in de privésfeer is uw kind tijdens de laatste 12 maanden bij de huisarts of in het ziekenhuis geweest?
- 0 geen --> u kunt doorgaan naar vraag 84
0 één ongeval
0 twee ongevallen
0 drie ongevallen
0 vier of meer ongevallen

De volgende vragen gaan over het ongeval of de ongevallen waarvoor uw kind tijdens de laatste 12 maanden bij de huisarts en/of in het ziekenhuis is geweest. De vragen zijn voor maximaal drie ongevallen gesteld. Als uw kind voor meer dan drie ongevallen bij de huisarts of in het ziekenhuis is geweest, wilt u dan die ongevallen kiezen die het laatst gebeurd zijn?

82. Om wat voor soort ongeval ging het? (per ongeval aangeven)

	ongeval 1	ongeval 2	ongeval 3
1. vallen van een hoogte (bijv. van een trap, stoel of tafel)	0	0	0
2. vallen van gelijk niveau (bijv. door struikelen en uitglijden)	0	0	0
3. verbranding	0	0	0
4. vergiftiging	0	0	0
5. bijna verstikking	0	0	0
6. bijna verdrinking	0	0	0
7. beknelling (bijv. voet tussen de spaken, vinger tussen de deur)	0	0	0
8. botsen	0	0	0
9. stekend voorwerp (bijv. schaar, mes en glas)	0	0	0
10. vallend voorwerp (bijv. een steen)	0	0	0
11. hondebeet	0	0	0
12. anders, namelijk	0.....	0.....	0.....

83. Is uw kind voor dat ongeval (die ongevallen) bij de huisarts of in het ziekenhuis geweest of bij allebei? (per ongeval aangeven)

	ongeval 1	ongeval 2	ongeval 3
1. huisarts	0	0	0
2. ziekenhuis	0	0	0
3. allebei	0	0	0

84. Hoeveel kinderen zijn er in het gezin naast het kind waarvoor u de vragenlijst heeft ingevuld?

0 geen --> u kunt doorgaan naar vraag 87

0 kind(eren)
(noteer aantal)

85. Wat is de leeftijd van deze kinderen?

.....,,,,

.....,,,,

86. Heeft één van uw andere kinderen wel eens een ongeval in de privésfeer gehad waarvoor het bij de huisarts of in het ziekenhuis is geweest?

0 ja

0 nee

De volgende vragen gaan over informatie die u wel eens heeft gehad over ongevallen in de privésfeer.

87. Heeft u wel eens informatie gehad over hoe u een ongeval in de privésfeer van uw kind(eren) kunt voorkomen?
- ☐ ja
☐ nee --> u kunt doorgaan naar vraag 90
88. Hoe bent u aan die informatie gekomen?
 (u kunt meerdere antwoorden geven)
- ☐ via de T.V./radio
☐ via de (wijk)krant
☐ via een folder
☐ via een tijdschrift/boek
☐ via de huisarts
☐ via het consultatiebureau/wijk-verpleegkundige
☐ via de leidster van het kindercentrum
☐ via de kraamverzorgster
☐ via een vrijwillige veiligheidsvoorlichter
☐ via een andere ouder/familie-lid/vriend
☐ via een EHBO-cursus
☐ anders, namelijk

89. Over welke ongevallen ging het?
 (u kunt meerdere antwoorden geven)
- ☐ verdrinking
☐ verstikking
☐ vergiftiging
☐ verbranding
☐ vallen
☐ beknelling
☐ weet ik niet meer
☐ anders, namelijk

90. Kent u de Stichting Consument en Veiligheid?
- ☐ ja
☐ nee --> u kunt doorgaan naar vraag 92
91. Heeft u van deze Stichting wel eens een folder gekregen en/of gelezen?
- ☐ ja, één folder
☐ ja, meerdere folders
☐ nee

92. Heeft u gehoord van de actie 'Nijmegen staat op veilig'?
- 0 ja
0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 98
- 92a. Hoe heeft u gehoord van of gelezen over deze actie?
(u kunt meerdere antwoorden geven)
- 0 via de veiligheidsmarkt in cultureel centrum de 'Lindenberg'
0 via affiches
0 via de Suske en Wiske-actie op Plein 1944
0 via de TV of radio
- 0 via de (wijk)krant
0 via een brief van de kruisvereniging
0 via de onderwijzer(es)
0 via het consultatiebureau/ de wijkverpleegkundige
- 0 via de leidster van het kindercentrum
0 via de kraamverzorgster
0 via de huisarts
0 via de schoolarts/-verpleegkundige
- 0 via de vrijwillige veiligheidsvoorlichter
0 via het club- of buurthuis
0 via familie/vriend/andere ouder
0 via iemand anders/iets anders, namelijk
.....
93. Vond u deze actie informatief?
- 0 heel informatief
0 informatief
0 niet zo informatief
0 helemaal niet informatief
0 geen idee/weet niet
94. Heeft u van deze actie het afgelopen jaar veel gemerkt?
- 0 heel veel
0 veel
0 niet veel
0 bijna niets
0 geen idee/weet niet
95. Vindt u het belangrijk om deze actie ook in een andere stad te doen?
- 0 heel belangrijk
0 belangrijk
0 niet zo belangrijk
0 helemaal niet belangrijk
0 geen idee/weet niet

96. Denkt u dat u door de actie 'Nijmegen staat op veilig' bewuster bent geworden van de gevaren voor uw kind in en om het huis?
- 0 nee
0 iets meer
0 meer
0 veel meer
0 weet niet
97. Heeft u naar aanleiding van de actie 'Nijmegen staat op veilig' meer in uw huis veranderd om het kindveilig te maken dan u anders gedaan had?
- 0 nee
0 iets meer
0 meer
0 veel meer
0 weet niet
98. Bent u of is uw partner telefonisch of schriftelijk uitgenodigd door een vrijwillige veiligheidsvoorlichter om mee te doen aan een voorlichtingsbijeenkomst over kinderveiligheid?
- 0 ja
0 nee/weet niet --> u kunt doorgaan naar vraag 102
99. Bent u of is uw partner op een voorlichtingsbijeenkomst van een VVV-er geweest?
- 0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 103
0 nee, maar ik ga nog --> u kunt doorgaan naar vraag 104
0 ja, ik zelf
0 ja, mijn partner
0 ja, mijn partner en ik

Wij zouden graag willen weten of u na de VVV-ers bijeenkomst met andere ouders hebt gesproken over kinderveiligheid en wie die ouders zijn. (Met andere ouders bedoelen we niet uw partner, maar wel burens, familie, vrienden, ouders die je ontmoet bij de school enz.) De volgende vragen gaan hierover.

100. Heeft u nadat u op de VVV-ersbijeenkomst bent geweest (of nadat uw partner is geweest) nog met andere ouders over kinderveiligheid gesproken?
- 0 nee --> u kunt doorgaan naar vraag 102
0 ja, met één ouder
0 ja, met meerdere ouders
101. Waar wonen de ouders of woont de ouder waarmee u over kinderveiligheid gesproken heeft? (u kunt meerdere antwoorden geven)
- 0 in mijn straat
0 bij mij in de buurt
0 in een andere buurt van Nijmegen
0 buiten Nijmegen

U kunt doorgaan naar vraag 104.

102. De bedoeling van een VVV-ersbijeenkomst is dat een groepje ouders (ongeveer 6) uit dezelfde woonwijk voorlichting krijgt van een andere ouder. Deze ouder is een vrijwillige veiligheidsvoorlichter (VVV-er) die getraind is in het geven van voorlichting over kinderveiligheid.

Stel dat u benaderd zou worden door een VVV-er om mee te doen aan zo'n voorlichtingsbijeenkomst, zou u dan gaan?

- 0 nee, ik denk het niet
- 0 ja, ik denk het wel --> u kunt doorgaan naar vraag 104
- 0 ik weet het echt niet --> u kunt doorgaan naar vraag 104

103. Kunt u aangeven waarom u niet naar een VVV-ersbijeenkomst zou gaan of bent geweest?
(u kunt meerdere antwoorden geven).

- 0 ik heb geen tijd
- 0 ik heb geen oppas
- 0 ik weet al voldoende over kinderveiligheid
- 0 ik vind voorlichting in een groep niet leuk
- 0 ik vind voorlichting door een folder voldoende
- 0 ik vind het niet leuk om voorgelicht te worden door een getrainde vrijwilliger
- 0 ik heb al via andere kanalen voldoende voorlichting over kinderveiligheid gekregen (bijv. consultatiebureau, school, wijkgebouw enz.)
- 0 anders, namelijk

TOT SLOT

104. Hoe moeilijk vond u het om de vragenlijst in te vullen?

- 0 heel moeilijk
- 0 vrij moeilijk
- 0 niet moeilijk
- 0 geen idee/weet niet

105. Hoe vervelend vond u het om de vragenlijst in te vullen?

- 0 heel vervelend
- 0 vrij vervelend
- 0 niet vervelend
- 0 geen idee/weet niet

Als u nog opmerkingen heeft, wilt u de ruimte hieronder dan gebruiken om deze op te schrijven?

opmerkingen:

Wilt u zo vriendelijk zijn om de ingevulde vragenlijst in de bijgevoegde enveloppe te doen. Op donderdag 9 maart of vrijdag 10 maart zal de vragenlijst bij u thuis worden opgehaald.

Als u vragen heeft over de enquête, dan kunt u daarvoor contact opnemen met het NIPG-TNO in Leiden, met een van de onderzoekers:

Mw. drs. E. Wortel (071-178 776)

Mw. drs. I. Stompdissel (071-178 739)

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 3: Overzicht van de leeftijdperiode waarin maatregelen nodig zijn

Noodzaak van maatregelen voor specifieke leeftijdsgroepen

Maatregel noodzakelijk voor de leeftijdsgroep

* buiten bereik houden van:	
. huishoudelijke middelen	6 maanden t/m 4 jaar
. doe het zelf middelen	6 maanden t/m 4 jaar
. medicijnen	6 maanden t/m 4 jaar
. cosmetica	6 maanden t/m 4 jaar
. alcohol	6 maanden t/m 4 jaar
. rookwaar	6 maanden t/m 4 jaar
. giftige planten	6 maanden t/m 4 jaar
. de thee-/koffiepot	9 maanden t/m 4 jaar
. lucifers/aanstekers	12 maanden t/m 4 jaar
. kind uit de keuken tijdens koken	9 maanden t/m 4 jaar
. geen thee/koffie drinken met kind op schoot	0 maanden t/m 4 jaar
* aanbrengen van:	
. fornuisrek	9 maanden t/m 4 jaar
. ovenruitbeschermer	9 maanden t/m 4 jaar
. ovendeurbeschermer	9 maanden t/m 4 jaar
. traphekjes	9 maanden t/m 2½ jaar
. stootmateriaal	6 maanden t/m 4 jaar
. raambeveiligers	1½ jaar t/m 4 jaar
. anti-slipmateriaal bad en/of douche	9 maanden t/m 4 jaar
* buiten bereik houden van:	
. hard snoepgoed	9 maanden t/m 4 jaar
. plastic zakken/tassen	9 maanden t/m 4 jaar
. klein speelgoed	3 maanden t/m 1½ jaar
. controleren van speelgoed	3 maanden t/m 1½ jaar
* water in/aan de tuin afschermen	1 jaar t/m 4 jaar
* contact met de gemeente	1 jaar t/m 4 jaar
* deurstrips aanbrengen	9 maanden t/m 4 jaar
* open deur vastzetten	9 maanden t/m 4 jaar
* achter op de fiets:	
. kinderzitje/voetsteuntjes	0 maanden t/m 4 jaar
. jasbeschermers	0 maanden t/m 4 jaar
. zadelveerbeschermers	0 maanden t/m 4 jaar

Bijlage 4: Resultaten gedrag van moeders verkregen via de voormeting in
Nijmegen en effecten van de campagne

Maatregelen van moeders van 0-4 jarigen in Nijmegen (voormeting): percentage moeders dat *onveilig* scoort of *tamelijk veilig* scoort.

Maatregel	Onveilig %	n	tamelijk veilig %	n
- buiten bereik houden van:				
- huishoudelijke producten	22	217	39	389
- doe-het-zelf producten	9	81	48	426
- medicijnen	5	51	68	649, ¹⁾
- cosmetica	29	288	34	337
- alcoholische dranken	20	186	19	179
- rookwaren	42	296	--	--
- giftige planten	30	297	--	--
- thee/koffiepot weghouden	7	63	13	123
- tijdens het koken kind uit de keuken	40	376	33	310
- fornuisrekje	92	869	--	--
- ovenruitbeschermer	76	479	--	--
- ovendeurbeschermer	93	589	--	--
- lucifers/aanstekers buiten be- reik	9	78	23	201
- kind niet op schoot met kof- fie/thee drinken	14	151	33	364
- traphekjes	31	110	43	154
- stootmateriaal	84	485	12	69
- raambeveiligers	54	279	15	77
- anti-slip in bad	38	102	--	--, ²⁾
- anti-slip in douche	56	215	--	--
- anti-slip in douche en bad	41	103	20	49
- buiten bereik van				
- klein speelgoed	5	14	16	51
- hard speelgoed	16	149	22	200
- plastic zakken/tassen	17	158	24	224
- speelgoed controleren	20	63	37	114
- water aan tuin afschermen	25	19	13	10
- contact met gemeente	94	316	--	--
- kinderzitje	0	--	--	--
- jasbeschermer	6	35	--	--
- zadelveerbeschermer	85	535	--	--
- deur vastzetten	38	312	--	--

1) Vóór de campagne bergt 5% medicijnen onveilig op en 68% bergt medicijnen tamelijk veilig op.

Na de campagne bergt een groter percentage medicijnen tamelijk veilig op (OR = 3.28)

2) Voor de campagne is 38% onveilig m.b.t. antislip in bad en 62% veilig.

Na de campagne is een kleiner percentage veilig m.b.t. antislip in bad (OR = 0.33).

Bijlage 5: Resultaten gedragsdeterminanten van moeders verkregen via de voormeting in Nijmegen en effecten van de campagne

Percentage moeders dat <i>onbekend</i> is met de maatregel of niet eerder aan de maatregel heeft gedacht	%	n	Opgetreden Effect Campagne
- Huishoudelijke middelen	2	15	
- Doe het zelf middelen	1	11	
- Medicijnen	1	10	
- Cosmetica	20	205	
- Alcohol	8	74	
- Rookwaar	10	72	
- Giftige planten	12	125	
- Kind niet op schoot met koffie/thee drinken	2	25	
- Thee/koffiepot weghouden	1	6	
- Lucifers/aanstekers weghouden	2	16	
- Kind uit de keuken tijdens het koken	5	50	
- Fornuisrekje	27	253	
- Ovenruitbeschermer	55	346	
- Ovendeurbeschermer	63	396	
- Traphekjes	1	3	
- Raambeveiligers	8	43	
- Stootmateriaal	15	88	
- Douche: anti-slip	8	29	
- Bad: anti-slip	3	9	
- Douche + bad: anti-slip	2	5	
- Klein speelgoed buiten bereik	1	2	
- Speelgoed controleren	12	37	
- Hard snoepgoed buiten bereik	2	16	
- Plastic zakken/tassen buiten bereik	3	24	
- Afschermen tuin van aangrenzend water	1	1	
- Contact gemeente i.v.m. openbaar water	23	76	
- Kinderzitje/voetsteuntjes	0	--	
- Jasbeschermer	1	7	
- Zadelveerbeschermer	39	246	OR = 1.77 ¹⁾
- Deurvastzetten als deze poosje openstaat	17	137	

1) Vóór de campagne kent 39% de zadelveerbeschermer niet en 61% kent hem wel.
Na de campagne kent een groter percentage de zadelveerbeschermer wel.

Percentage moeders dat denkt dat de maatregel <i>niet/beetje helpt</i> om het ongeval te voorkomen	%	n	Opgetreden Effect Campagne
- Huishoudelijke middelen	6	61	
- Doe het zelf middelen	8	67	
- Medicijnen	3	31	
- Cosmetica	26	231	
- Alcohol	20	173	
- Rookwaar	25	162	
- Giftige planten	16	151	
- Kind niet op schoot met koffie/thee drinken	26	279	
- Thee/koffiepot weghouden	7	62	
- Lucifers/aanstekers weghouden	11	95	
- Kind uit de keuken tijdens het koken	28	253	
- Fornuisrekje	32	249	
- Ovenruitbeschermer	36	188	
- Ovendeurbeschermer	36	187	
- Traphekjes	12	42	
- Raambeveiligers	13	60	
- Stootmateriaal	55	291	
- Douche: anti-slip	28	103	
- Bad: anti-slip	29	75	OR = 0.18 ¹⁾
- Douche + bad: anti-slip	27	65	

1) Vóór de campagne denkt 29% dat anti-slip in bad niet/beetje helpt om een val in bad te voorkomen en 71% denkt dat het veel helpt.
Na de campagne vindt een kleiner percentage anti-slip in bad helpen.

Percentage moeders dat de maatregel vrij/heel lastig vindt om te treffen	%	n	Opgetreden Effect Campagne
- Huishoudelijke middelen	8	72	
- Doe het zelf middelen	5	40	
- Medicijnen	3	24	
- Cosmetica	25	236	
- Alcohol	11	95	
- Rookwaar	31	215	
- Giftige planten	13	125	
- Kind niet op schoot met koffie/thee drinken	23	253	
- Thee/koffiepot weghouden	6	52	
- Lucifers/aanstekers weghouden	15	129	
- Kind uit de keuken tijdens het ko- ken	62	566	
- Fornuisrekje	44	335	
- Ovenruitbeschermer	42	202	
- Ovendeurbeschermer	42	201	
- Traphekjes	21	72	
- Raambeveiligers	21	99	
- Stootmateriaal	45	234	
- Douche: anti-slip	7	27	
- Bad: anti-slip	6	15	
- Douche + bad: anti-slip	8	19	

Percentage moeders dat de maatregel op deze leeftijd van het kind <i>niet nodig</i> vindt	%	n	Opgetreden Effect Campagne
- Huishoudelijke middelen	16	150	
- Doe het zelf middelen	13	115	
- Medicijnen	11	105	
- Cosmetica	33	311	
- Alcohol	29	256	
- Rookwaar	32	212	
- Giftige planten	26	242	
- Kind niet op schoot met koffie/thee drinken	27	287	
- Thee/koffiepot weghouden	16	149	
- Lucifers/aanstekers weghouden	17	146	
- Kind uit de keuken tijdens het koken	46	398	
- Fornuisrekje	62	454	
- Ovenruitbeschermer	67	323	
- Ovendeurbeschermer	69	329	
- Traphekjes	27	93	OR = 2.61 ¹⁾
- Raambeveiligers	24	112	
- Stootmateriaal	61	301	
- Douche: anti-slip	33	116	
- Bad: anti-slip	24	60	
- Douche + bad: anti-slip	27	63	

1) Vóór de campagne vindt 27% traphekjes niet nodig en 73% vindt traphekjes nodig.
Na de campagne vindt een groter percentage traphekjes wel nodig.

Percentage moeders dat denkt dat de partner de maatregel (<i>waarschijnlijk</i>) niet nodig vindt	%	n	Opgetreden Effect Campagne
- Huishoudelijke middelen	4	33	OR = 5.92 ¹⁾
- Doe-het zelf-middelen	4	29	
- Medicijnen	3	23	
- Cosmetica	16	131	
- Alcohol	13	103	
- Rookwaar	16	95	
- Giftige planten	11	93	
- Kind niet op schoot met koffie/thee drinken	13	126	OR = 2.34 ²⁾
- Thee/koffiepot weghouden	8	59	
- Lucifers/aanstekers weghouden	7	53	
- Kind uit de keuken tijdens het koken	34	260	
- Fornuisrekje	56	360	OR = 6.94 ³⁾
- Ovenruitbeschermer	62	274	
- Ovendeurbeschermer	66	288	
- Traphekjes	17	51	
- Raambeveiligers	24	100	
- Stootmateriaal	57	261	
- Douche: anti-slip	25	76	
- Bad: anti-slip	22	50	
- Douche + bad: anti-slip	25	50	

- 1) Vóór de campagne denkt 4% dat hun partner het buiten bereik houden van doe-het-zelf middelen (waarschijnlijk) niet nodig vindt en 96% denkt dat de partner dit (waarschijnlijk) wel nodig vindt.
Na de campagne denkt een groter percentage dat de partner deze maatregel (waarschijnlijk) nodig vindt.
- 2) Vóór de campagne denkt 13% van de moeders dat hun partner 'het kind niet op schoot nemen met koffie/thee' (waarschijnlijk) niet nodig vindt en 87% denkt dat de partner dit (waarschijnlijk) wel nodig vindt.
Na de campagne denkt een groter percentage dat hun partner deze maatregel (waarschijnlijk) nodig vindt.
- 3) Vóór de campagne denkt 17% van de moeders dat hun partner 'traphekjes' (waarschijnlijk) niet nodig vindt en 83% denkt dat de partner dit (waarschijnlijk) wel nodig vindt.
Na de campagne denkt een groter percentage dat hun partner deze maatregel (waarschijnlijk) nodig vindt.

Percentage moeders dat de kans op een ongeval <i>niet/vrij groot</i> inschat t.g.v.	%	n	Opgetreden Effect Campagne
- afwasmiddel	95	915	
- jodium	99	913	
- shampoo	91	876	
- kopje hete thee	87	931	
- pan met jus tijdens koken	93	843	OR = 0.33 ¹⁾
- hete ovenruit	81	494	
- val van de trap	81	280	OR = 0.39 ²⁾
- val tegen scherpe hoek	67	354	
- val in douche	83	304	
- val in bad	82	208	
- val bad/douche	79	187	

1) Vóór de campagne denkt 93% dat de kans niet/vrij groot is dat hun kind een pan met jus over zich heen krijgt tijdens het koken, en 7% denkt dat die kans heel groot is.
Na de campagne denkt een groter percentage dat de kans niet/vrij groot is dat hun kind hiermee in aanraking komt.

2) Vóór de campagne denkt 81% dat de kans niet/vrij groot is dat hun kind van de trap valt en 19% denkt dat die kans heel groot is.
Na de campagne denkt een groter percentage dat de kans niet/vrij groot is dat hun kind hiermee in aanraking komt.

Percentage moeders dat denkt dat de gevolgen van een ongeval <i>niet/vrij ernstig</i> zijn.	%	n	Opgetreden Effect Campagne
<i>niet/vrij giftig</i>			
- afwasmiddel	77	701	
- terpentine	7	60	
- aspirine	36	328	
- jodium	26	226	
- shampoo	80	724	
- sigaretten	42	275	
- jenever	53	458	
- diefenbachia	23	210	
<i>eerste/tweede graads brandwonden</i>			
- kopje hete thee	80	824	OR = 1.78 ¹⁾
- een pan met hete jus	21	184	
- een hete ovenruit	74	427	
<i>niet/vrij ernstig</i>			
- val van de trap	37	129	
- val tegen scherpe hoek	67	371	
- val in douche	71	256	
- val in bad	70	180	
- val bad/douche	69	160	

1) Voór de campagne denkt 21% dat hun kind ten gevolge van een pan hete jus eerste/tweede graads brandwonden kan oplopen en 79% denkt dat hun kind hierdoor derde graads brandwonden kan krijgen.
Na de campagne vindt een groter percentage dat hun kind door een pan jus derde graads brandwonden kan oplopen.

Bijlage 6: Volunteers as safety educators in a community campaign on child safety (Wortel e.a. 1991)

Volunteers as safety educators in a community campaign on child safety

EDITH WORTEL, WIL T. M. OOIJENDIJK,
GERARD H. DE GEUS¹ and IRIS STOMPEDISSEL

TNO Institute for Preventive Health Care, Leiden, The Netherlands and ¹Consumer Safety Institute, Amsterdam, The Netherlands

SUMMARY

In 1987 the Dutch Consumer Safety Institute initiated a 1 year community campaign to reduce home-related injuries of children in Nijmegen. The Voluntary Safety Educators Project (VSEP), a main part of this community campaign, was directed at parents with pre-school children. The VSEP was meant to educate parents in most families in the community through group sessions to improve their safety behaviour.

The aim of the present paper is to describe the development of the VSEP and to assess its success. Data were gathered about the recruitment of volunteers, their training and experiences as safety educators, parents' participation in the VSEP, their appraisal of the VSEP and the effects of the VSEP on their knowledge and behaviour related to child safety.

The main finding was that far more parents received safety education through interpersonal channels than would have been the case if volunteers had not been brought into the community campaign. However, the

objective, to educate parents in most families in the community, was not achieved. Moreover, participating parents were relatively highly educated.

One reason underlying this result is that the small number of volunteers that worked for the VSEP was not able to invite parents in all families during the 1 year period of the campaign. The other reason is that the participation was selective. This was probably due to components of the educational approach itself: the involvement in child safety as such, the characteristics of the volunteers and/or the educational method used.

In developing the VSEP too little attention was given to the recruitment of volunteers and to whether the educational approach was suitable for parents in the community. It seems worthwhile to develop a new role for volunteers in the promotion of child safety at the community level. Suggestions are given for filling this role and the need for a thorough pretest is stressed.

Key words: community participation; safety education; volunteers

INTRODUCTION

In the Netherlands, as in most of the industrialized countries, childhood injuries due to accidents in and around the home represent a major health problem. Inspired by the success of a community campaign on safety in Sweden (Schelp, 1987) the Consumer Safety Institute (CSI) initiated in 1987 a community campaign to reduce home-related injuries of children. This campaign was carried out during 1 year in Nijmegen (population 145 000). Nijmegen is a

university town which is situated in the eastern part of the Netherlands at the borders of the river Rhine. The main sources of employment are: light industries, services, health care and tourism. The unemployment is relatively high, almost 20%.

A main objective of the Dutch community campaign was to educate parents with pre-school children on child safety in order to change their safety behaviour. According to communication guidelines this implied that parents had to be

reached by mass media as well as through interpersonal communication activities (Rogers, 1983; Bettinghaus, 1986). In this campaign, however, interpersonal safety education had to be given mainly by volunteers, because professionals who had regular contact with parents were not able to fulfil this task. The Voluntary Safety Educators Project (VSEP) was therefore started. The aim of the VSEP was twofold: (i) to recruit and train volunteers; (ii) to let volunteers educate parents in most families with pre-school children in the community in order to improve their safety behaviour.

The aim of this paper is to describe the VSEP and to assess to what extent it succeeded in achieving its objectives. Therefore, the following questions had to be answered.

- Was the number of recruited volunteers sufficient, were volunteers able to fulfil their educational activities after undergoing training and did they have positive work experiences?
- Did parents in most families in the community participate?
- Did participating parents appraise the VSEP positively?
- Did participating parents report effects of the VSEP on their knowledge, behavioural intentions and behaviour related to child safety? It was expected that parents with only one child (often first born child), as opposed to parents with more children, would profit more from the VSEP because they were the least experienced parents. These two groups of parents were therefore compared with each other.

METHOD

Development of the Voluntary Safety Educators Project (VSEP)

Number of volunteers required

To restrict the number of volunteers required, parents had to be educated in groups. Enough room for interaction could probably be created if volunteers were to organize group sessions of about 2 hours with a maximum of six parents. For practical reasons parents living in the same neighbourhood were to be asked to participate in the same safety group session.

The population register indicated that there were ~4500 families with preschool children living in Nijmegen. If a parent in each family was willing to participate, it was found that 30 volun-

teers had to be recruited if each volunteer organized 25 group sessions with six persons each.

Characteristics of volunteers

According to communication guidelines, persuasive educators have to be perceived as credible and attractive by their receivers (McGuire, 1985). An educator's credibility can be created by giving him/her expertise. To create expertise volunteers had to follow a 3-day training course in conducting safety group sessions. An important factor of an educator's attractiveness is similarity. It was assumed that volunteers would be most similar to parents if they had pre-school children themselves.

Training of volunteers

A CSI consultant and a consultant of the Dutch Health Education Centre organized the training. The training course was given twice. Role play sessions and video presentations were used as training aids.

The training was meant to enable volunteers to educate parents on the main home-related accidents that threaten pre-school children, the risk situations leading to these accidents, their relation to the child's development and the safety behaviour needed for prevention. Attention had to be given to the pros and cons of three forms of parental safety behaviour that can be distinguished: supervising the child, educating the child and making the child's environment, the home, safe. The training was furthermore aimed at teaching volunteers communication skills, the use of communication aids (pictures, fly-sheets) and how to invite parents to participate.

In addition, volunteers received a written guide and support from the CSI consultant in order to organize and carry out the group sessions.

Framework for carrying out a safety group session

The framework for carrying out a safety group session consisted of four parts.

- *Part 1: a general introduction (~ 20 min).* The volunteer introduces her/himself and asks parents to introduce themselves. The volunteer explains the objective, content and procedure of the safety group session by means of a fly-sheet.
- *Part 2: introduction of 'child safety in and around the home' (30-40 min).* The volunteer shows pictures with children in a hazardous situation and asks each parent to react. The

volunteer continues with a presentation of the number and severity of home-related injuries of pre-school children. Thereafter, the main risk situations are mentioned and related to children's development. Again pictures are used for demonstration.

- *Part 3: elaboration of the subject (~60 min).* The volunteer shows parents some pictures with a hazardous situation. Each parent is asked to indicate what he/she would do to prevent this situation. The volunteer writes down the safety actions parents mentioned on a fly-sheet while placing them in one of three categories of parental safety behaviour. The most ideal combination of safety actions is discussed in terms of pros and cons.
- *Part 4: closing the session (10 min).* The volunteer sums up the things that have been said and thanks parents for their participation.

This framework was tried out only once by the CSI consultant. This try-out was done with a few parents who were willing to cooperate; they were satisfied with the chosen framework.

Invitation to parents for participation

Volunteers had to send each family a (standard) letter. The volunteer introduced her/himself to the parents as being their Voluntary Safety Educator. The volunteers made clear that a community campaign on child safety was going on in Nijmegen because of the high incidence of childhood injuries in the community. It was explained that the VSEP was especially developed for parents with children aged 0–4 years and that she/he was specially trained to educate parents in their neighbourhood. The letter made clear that VSEP was a joint venture of the Consumer Safety Institute together with local professional organizations. Furthermore, it was

explained that the safety group session with about six parents was aimed at exchanging experiences and at learning about child safety. The volunteer ended the letter with the intention of making an appointment by telephone a week later. A second letter with an invitation was sent when there was no telephone. The safety group sessions were conducted in a child health centre in the quarter in which the parents were living.

Data collection materials and analysis

In Table 1 an overview is given of the data collection materials used.

Volunteers' recruitment, training and experiences

A report of the CSI consultant was used to assess the recruitment of volunteers. The recruitment procedure was compared with the number of volunteers actually recruited. The quality of the training was measured by means of a written questionnaire in which the volunteers were asked about various aspects of their training. After the volunteers had completed their work, their experiences were collected by means of telephone interviews.

Participation of parents

The participation rate at the community level was assessed by the number of participating parents registered by the volunteers and the total number of families with pre-school children in the community. The participation rate of the parents invited was based on the administration of the volunteers.

Parents' characteristics, their appraisal of the VSEP and reported effects

A written questionnaire was constructed for parents who participated in the VSEP to measure

Table 1: Methods of data collection for the study on the VSEP related to subject and data source.

Subject	Data source	Data collection method
Volunteers' recruitment	CSI consultant	Report
Volunteers' training	Volunteers	Written questionnaire
Volunteers' experiences	Volunteers	Interview by telephone
Parents' participation, reasons for non-participation	Volunteers	Administration
Parents' characteristics, appraisal of the VSEP and reported effects	Parents	Written questionnaire

their characteristics, their appraisal of the VSEP and effects on their knowledge, behavioural intention and behaviour related to child safety. Parents received the questionnaire from the volunteer after the group session and were asked to send the completed questionnaire to the TNO Institute for Preventive Health Care.

Characteristics measured were: sex, level of education, number of children and information on child safety received earlier. To assess whether participating parents were representative of the parents in the community, their characteristics were compared with characteristics of parents derived from a prior random sample of mothers in Nijmegen (response rate: 84%; $n = 1129$; Wortel *et al.*, 1990). Chi-square tests were used to analyse differences between the characteristics of the two groups.

Parents' appraisal of the VSEP was assessed in detail by their opinions about the volunteer, the group process and the benefits of education in a group.

To determine the volunteer's credibility parents were asked whether they found the volunteer qualified to give safety education and whether they got clear answers to their questions. The attractiveness of volunteers could not be measured in terms of similarity, because it seemed unrealistic to ask parents how similar they found the volunteer to themselves. Instead parents were asked whether they found the volunteer's presentation pleasant.

Important factors of the group process were the opportunity to ask questions, to react to other parents, to talk about their own child(ren) and to meet parents with children both of the same age and of an age different to that of their own children. Benefits of education in a group were measured by asking parents if they learned a lot from other parents' opinions on child safety and if they got solutions and tips from other parents. Differences in these benefits experienced by parents with one child and parents with more children were assessed with chi-square statistics.

A more direct evaluation of the VSEP was measured by asking parents how they would like to be educated on child safety if they were to be educated for the first time (alternatives: a folder, personal contact or both), how they would like personal contact (alone, in a small or a large group) and from whom (a volunteer or a professional).

Immediate effects of visiting a safety group session were measured by asking parents to what

extent the information they received was new and to what extent they learned about safety measures, if they talked with their partner about the safety group session and whether they proposed to do something for their child's safety. Furthermore, we asked them if they inspected their home for unsafe places and had the intention to alter these places. Differences in effects on parents with one child and parents with more children were analysed by chi-square statistics.

RESULTS

Volunteers' recruitment, training and work experiences

Volunteers were recruited by means of advertisements in local papers and via the nurses of the child health centre. It appeared that volunteers were hard to recruit. The criteria for selection were therefore altered. Instead of the 25 group sessions intended, the volunteer had to conduct at least 12 group sessions. Besides, it was not required that volunteers had children themselves; experience with children was desired.

After a few months 20 volunteers were recruited and trained. After the training course 18 volunteers filled in the questionnaire. It appeared that 13 volunteers had children of pre-school age. Most volunteers were women ($n = 16$) and all volunteers had a secondary or higher education level; nearly half of them ($n = 8$) had experience with working in groups. Most volunteers ($n = 16$) thought they were able to contact and invite parents. Half of the volunteers ($n = 9$) indicated that they did not have enough skills to lead a group session but the majority found themselves capable of educating parents about the different aspects of child safety (n varied for the subjects from 13 to 17). Nearly all volunteers were satisfied with the communication aids which had to be used during the group session (n varied for the aids from 14 to 17).

Actually 15 volunteers started work. Of these volunteers four worked in pairs. The volunteers who quitted after the training course had very diverse reasons for doing so. Because not all families could be reached with 15 volunteers, it was planned that the 15 volunteers already recruited would recruit new volunteers from the participating parents. However, only two new volunteers were recruited during the implementation of the VSEP.

Volunteers organized 139 safety group ses-

sions; the range varied from three to 33 group sessions per volunteer. Although most volunteers liked to give safety education to parents, they signalled some shortcomings: difficulties in leading a group session, too much time needed to organize a group session, too little supervision from the CSI consultant and loss of motivation because some parents did not turn up although they had promised to do so.

Participating parents

During 1 year more than 2800 parents living in different urban districts, were invited to participate in a safety group session. Of these parents 713 actually participated. Thus, the participation rate at the community level was ~16% whereas the participation rate to the volunteers' invitation was 25%. The main reasons for non-participation were that parents: were not interested in the subject, were sufficiently informed about child safety or were not able to participate (lack of time, no one to look after the children).

The response to the questionnaire constructed for participating parents was 89% ($n = 637$) and could be considered representative for all parents who participated. Most parents were women (84%) with a secondary or higher education level (83%). Mothers participating in the VSEP ($n = 522$) had, compared with mothers from the prior study in Nijmegen ($n = 1097$), significantly more often a secondary or higher education level (chi-square = 27.73; $df = 2$; $p < 0.01$); 17% of the participating mothers had a low level of education compared with 29% of the mothers in the other research group. In the VSEP group nearly 50% of all parents had only one child and 77% had already received some information about child safety before they participated in a safety group session; these percentages were the same as found in the representative sample.

Parents' appraisal of the VSEP

The majority of parents found the volunteer qualified (72%), his/her answers clear (80%) and his/her presentation pleasant (93%). The mean group size was five parents, whereas the range varied from one to 12 parents. In Table 2 the results related to the group process are presented.

The large majority of parents agreed with the statements that there was enough opportunity to ask questions, to react to other parents and to talk about their own child(ren). Most parents agreed that there were enough parents with children of the same and of different ages to their own child(ren).

With regard to the group benefits parents reported the following: nearly half of the parents learned a lot from the opinion of other parents (49%) and got many tips and solutions from other parents (45%). Significantly more parents with one child compared with parents with more children reported these benefits: 55% of parents with one child learned a lot from the opinion of other parents compared with 44% of the parents with more children (chi-square = 7.80; $df = 1$; $p < 0.01$) whereas 54% of the parents with one child got many tips from other parents compared with 37% of the parents with more children (chi-square = 17.96; $df = 1$; $p < 0.01$).

Finally, where parents had to be informed about child safety for the first time, most parents preferred a combination of a folder and personal contact (86%) and preferred personal contact in a small group (80%). Moreover, the majority (61%) wanted safety education given by a volunteer.

Reported effects

Table 3 shows the results with respect to the effects parents reported. Few parents heard a lot

Table 2: Parents' appraisal of the group process.

The group session gave enough opportunity for parents to*	Percentage	(<i>n</i>)
Ask questions	91%	(570)
React to other parents	90%	(565)
Talk about own child	89%	(552)
Meet parents with children of the same age as their child(ren)	69%	(431)
Meet parents with children of a different age to their child(ren)	80%	(498)

* These statements were formulated in a negative way to try and prevent socially desirable answers.

Table 3: Effects reported by parents after the safety group session; differences between parents with one child and parents with more children.

	Total		Parents with:	
	Percentage	(n)	One child	More children
Heard a lot of new information	15%	(631)	17%	13%
Learned (a bit) more about environmental measures to prevent:				
• drowning	81%*	(623)	85%	77%
• suffocation	90%*	(617)	93%	87%
• poisoning	90%	(616)	92%	88%
• burns	89%*	(616)	92%	86%
• falls	88%*	(618)	91%	85%
• injuries due to doors and bicycles	88%*	(616)	92%	84%
Talked with partner about safety group session	97%	(612)	98%	96%
Proposed changes to partner	56%*	(594)	65%	49%
Inspected home for unsafe places	37%*	(630)	42%	32%
Intend to alter unsafe places	88%*	(514)	94%	82%

* chi-square test; $df = 1$; $p < 0.05$.

of new information about safety measures. However, most parents indicated they learned (a bit) more about safety measures related to six types of childhood accidents. Almost all parents talked with their partner about the safety education group and more than half of them proposed to their partner to do something in favour of their child's safety. Less than half of the parents had inspected their home for unsafe places; the majority intended to change some or all unsafe places. Clearly, compared with parents with more children, parents with one child showed stronger positive responses to nearly all of the items on knowledge and behaviour.

DISCUSSION

In the community campaign on child safety far more parents received safety education through interpersonal channels than would have been the case if volunteers had not been brought into the community campaign.

On the whole parents participating in the Voluntary Safety Educators Project (VSEP) have given the VSEP a positive appraisal. Moreover, these parents reported some positive effects on their knowledge and behaviour related to child safety; parents with only one child reported stronger effects compared with parents with more children and thus have profited more from the

VSEP. These positive effects are only an indication of the VSEP's impact, because no appropriate research design was used in assessing these effects. However, the VSEP objective to educate parents in most families in the community was not achieved. Besides, participating parents were not representative of parents in the community because they had a relatively high level of education.

One reason for not reaching most families was the small number of volunteers that worked for the VSEP in combination with the 1 year campaign period. The number of volunteers that worked for the VSEP was not sufficient to invite and educate the parents in most families within a year. A more active recruitment and a longer campaign period might have made it possible to educate a larger number of parents.

But, more volunteers probably would not have led to a higher and a more representative participation of parents. It seems likely that this can be attributed to components of the educational approach: the involvement in child safety as such, the volunteer's characteristics and/or the educational method that was used. It may be that the involvement in child safety has inhibited the participation of parents with a low level of education. Especially parents in lower socioeconomic groups, reported safety as a particularly low priority (Laidman, 1987). In relation to poorly educated parents, volunteers' characteris-

tics may have been insufficiently similar. The educational level of the volunteer may be of equal or even greater importance than being a parent. Furthermore, the chosen educational method, group sessions, may not fit into the lifestyle of parents with a lower educational level. From nurses of child health centres it is known that group sessions organized at the centre are often visited by highly educated parents.

The overall conclusion is that in the development of the VSEP too little attention was given to the recruitment of volunteers on the one hand and the chosen educational approach in relation to its suitability for the target group on the other. A thorough pretest might have unfolded the shortcomings of the VSEP.

The future role of volunteers in child accident prevention at the community level

In general the role of volunteers in patient education programmes is very well recognized. Less common, however, are examples of volunteers directing primary programmes (DePue *et al.*, 1987). One such experience in primary prevention activities on child safety was the Rockland County Child Injury Project (Schlesinger *et al.*, 1966). In this project volunteers were used to organize small neighbourhood meetings in developmental homes. However, from this study no participation rates are known nor the number of volunteers working for this project and their precise activities.

In order to reach parents in the community with safety education through interpersonal channels volunteers must play an important role because professional educators themselves are not able to educate parents intensively on child safety. Contrary to some other countries where the profession of 'health visitor' is common, in The Netherlands no such profession exists.

The experiences with the VSEP suggest that another educational method has to be chosen to improve community participation of parents. Cooke and Meyers (1983) found that, in the case of blood pressure screening by volunteers, door-to-door screening compared with central site screening resulted in a higher participation rate. Safety education during home visits may also respond more to the preferences of parents with a low level of education and may therefore put an end to the problem of 'the self selecting audience'. Moreover, Colver *et al.* (1982) showed that, of severely disadvantaged families who were given

safety advice during home visits, 60% at least made one change to make their home safer.

Child safety in and around the home lends itself very well to an individual method of communication by means of home visits. In relation to volunteers, home visits may have some advantages compared with group sessions. They certainly will make the task of the volunteer less extensive; the organizational part of the VSEP especially, the effort and time needed to recruit parents for a group session, was experienced negatively by the volunteers. Second, skills for leading a group session, which put heavy demands upon volunteers, are no longer required.

When home visits require less effort and skills from volunteers, it will not only be easier to recruit volunteers, but probably also to select them from all segments of the community. Selecting volunteers from the community with an influential position in quarters of the city appeals more to the idea of working with para-professionals. Using para-professionals as a source has proven to be an effective way of reaching 'difficult' groups, like people with low income and low education (Kok and de Vries, 1989).

A disadvantage of home visits can be the time consuming aspect. This may be minimized by reducing the target group to parents with a first born child because, as the results showed, they can profit more from safety education than more experienced parents. Parents with a first born child compared with parents with more children will probably more easily adopt advice on safety behaviour because they have not yet developed a fixed pattern of safety behaviour that may be difficult to change (Van Rijn *et al.*, 1991).

Volunteers' activities should at least be linked to professional local health centres as was done in the North Karelia Project, a cardiovascular community programme in a northern province of Finland (Neitaaumäki *et al.*, 1980). Co-operation with, for instance, child health centres may create a framework for the volunteers' work which can give it more support, status and continuity.

In conclusion it seems worthwhile to develop a new role for volunteers in the promotion of child safety at the community level. However, before the new 'safety educators' start on a large scale, their recruitment and educational activities must be pretested thoroughly.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank Martin Schuurman, Hein de Vries and Ellen Bergsma for their useful comments on earlier drafts of this paper.

Address for correspondence:
Edith Wortel
PO Box 124
2300 AC Leiden
The Netherlands

REFERENCES

- Bettinghaus, E. P. (1986) Health promotion and the knowledge-attitude-behaviour continuum. *Preventive Medicine*, **15**, 475-491.
- Colver, A. F., Hutchinson, P. J. and Judson, E. C. (1982) Promoting children's home safety. *British Medical Journal*, **285**, 1177-1180.
- Cooke, C. J. and Meyers, A. (1983) The role of community volunteers in health interventions: a hypertension screening and follow-up program. *American Journal of Public Health*, **73**, 193-194.
- DePue, J. D., Wells, B. L., Lasater, T. M. and Carleton, R. A. (1987) Training Volunteers to conduct heart health programs in churches. *American Journal of Preventive Medicine*, **3**, 51-57.
- Kok, G. and de Vries, H. (1989) Primary prevention of cancers: the need for health education and intersectoral health promotion. In Heller, T., Davey, B. and Bailey, L. (eds), *Reducing the Risk of Cancers*. Hodder and Stoughton, London, pp. 99-111.
- Laidman, P. (1987) *Health Visiting and Preventing Accidents to Children*. Child Accident Prevention Trust, London, research report no. 12.
- McGuire, W. J. (1985) Attitudes and attitude change. In Lindzey, G. and Aronson E. (eds), *Handbook of Social Psychology. Vol 2: Special Fields and Applications*. (3rd edn). Random House, New York, pp. 233-346.
- Neittaanmäki, L., Koskela, K., Puska, P. and McAlister, A. L. (1980) The role of lay workers in community health education: experiences of the North Karelia Project. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, **8**, 1-7.
- Rogers, E. M. (1983) *Diffusion of Innovations*. The Free Press, New York.
- Schelp, L. (1987) Community intervention and changes in accident pattern in a rural Swedish municipality. In *Epidemiology as a Basis for Evaluation of a Community Intervention Programme on Accidents*. Karolinska Institute, Sundbyberg, Paper 5.
- Schlesinger, E. R., Dickson, D. G., Westaby, J., Lowen, L., Logrillo, V. M. and Maywald, A. A. (1966) A controlled study of health education in accident prevention. The Rockand County Child Injury Project. *American Journal of Diseases of Children*, **3**, 490-495.
- Van Rijn, O. J. L., Meertens, R. M., Kok, G. J. and Bouter, L. M. (1990) Determinants of behavioural risk factors for burn injuries. *Burns*, **17**, in press.
- Wortel, E., Stompedissel, I. and Ooijendijk, W. T. M. (1990) *Preventie van Privé-ongevallen bij 0-4 Jaren. Preventieve Maatregelen van Moeders. Kennis en Opvattingen, Mogelijkheden voor Gedragsbeïnvloeding via Voorlichting. (Safety Measures Taken by Mothers, their Knowledge and Opinions.)* NIPG-TNO, Leiden, The Netherlands, p. 20.