

UXA

H 54

© TNO – All rights reserved

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

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

W.P. Herngreen

W.J. Meijer

E.A. Schlesinger-Was

F.J. Veenhof

JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

- een verkenning

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

20 JUL 1993

POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IBISSTAMBOEKNUMMER

10536

TWEEDE ONGEWIJZIGDE DRUK

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO

Leiden

december 1981

I n h o u d

	blz.
VOORWOORD	1
1. SAMENVATTING	2
2. INLEIDING	4
3. STRUCTUURPROBLEMEN IN DE GEZONDHEIDSZORG	7
4. OMSCHRIJVING VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	11
4.1 Begripsbepaling	11
4.2 Nadere omschrijving	11
4.3 Karakterisering	12
4.4 Taken	12
4.5 Uitvoering	14
5. DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND	15
5.1 Inleiding	15
5.2 Het landelijk overheidsbeleid ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg	15
5.2.1 Het interim-advies van de Centrale Raad	17
5.2.2 De huidige controversen	19
5.3 Structuur en samenhang van de jeugdgezondheidszorg	20
5.3.1 Inleiding	20
5.3.2 Structuur	22
5.3.2.1 Jeugdgezondheidszorg en basis- echelon	22
5.3.2.2 De compartimentering van de jeugd- gezondheidszorg	22
5.3.2.3 De kruisverenigingen	23
5.3.2.4 Beleidsstructuur	24
5.3.3 Samenhang en jeugdgezondheidszorg	25
5.3.3.1 Longitudinale samenhang	25
5.3.3.2 Transversale samenhang	25
5.3.3.3 Samenhang met de gehele gezond- heidszorg	26
5.3.4 Conclusie	26
5.4 Doel- en taakstelling van de jeugdgezondheidszorg	27
5.4.1 Doelstelling van de jeugdgezondheidszorg	27
5.4.2 Inhoud van de jeugdgezondheidszorg	28
5.4.3 Het programma van activiteiten	29
5.4.4 Conclusie	31
5.5 Manpower, het probleem van de kwantitatieve en kwalitatieve personeelsvoorziening	31
5.5.1 Inleiding	31
5.5.2 Kwantitatieve aspecten	32
5.5.3 Kwalitatieve aspecten en de opleidingen	34
5.5.4 Conclusie	36

I n h o u d (vervolg)

	blz.
5.6 Financiële aspecten van de jeugdgezondheidszorg . .	37
5.6.1 Inleiding	37
5.6.2 Kosten en financiering	38
5.6.2.1 Kruisorganisaties	38
5.6.2.2 Basisgezondheidsdiensten	41
5.6.3 Rendement	42
5.7 Informatie en registratie	42
5.7.1 Informatiebehoefte	43
5.7.1.1 Het individuele kind	43
5.7.1.2 Epidemiologisch onderzoek	44
5.7.1.3 Bestuurlijke informatie	45
5.7.2 Bestaande informatiestromen	46
5.7.2.1 Het individuele kind	46
5.7.2.2 Epidemiologische gegevens	47
5.7.2.3 Bestuurlijke informatie	47
5.7.3 Knelpunten	48
5.7.4 Conclusie	48
 6. ONTWERP VAN EEN PROGRAMMA VOOR ONDERZOEK BETREFFENDE DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	 50
6.1 Inleiding	50
6.2 Schematische indeling van de probleemvelden	51
6.3 Uitgangspunten voor een programma van onderzoek . .	53
6.4 Onderzoek naar de cliëntgebonden activiteiten . . .	55
6.4.1 Onderzoek naar het gehele pakket cliënt- gebonden activiteiten	55
6.4.2 Onderzoek naar de cliëntgebonden activi- teiten op deelgebieden	57
6.5 Onderzoek naar de voorwaardenscheppende activiteiten	58
 7. EEN VOORLOPIGE KEUZE VAN ONDERZOEKSONDERWERPEN	 60
7.1 Inleiding	60
7.2 Toespitsing	60
7.3 Conclusie	62
 LITERATUUR	 63
 BIJLAGEN	 71

VOORWOORD

In 1980 werd onderzoek naar de organisatie en werkwijze van de jeugdgezondheidszorg in het werkprogramma van het NIPG/TNO opgenomen. Een eerste deelonderzoek binnen dit kader werd in april 1981 afgesloten. Dit betrof een onderzoek naar de aanwezigheid, structuur en functioneren van samenwerkingsverbanden gericht op de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen, waaraan op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voorrang was verleend in verband met de actualiteit van het onderwerp.

Het nu uitgebrachte rapport is het resultaat van een brede oriëntatie op de problematiek van de jeugdgezondheidszorg in zijn geheel. Deze problematiek vindt zijn uiting in kritische geluiden, die de laatste jaren toenemend te beluisteren zijn met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg in Nederland.

Hierbij wordt gewezen op de verbrokkeling in organisatie, waardoor de samenhang en het longitudinale element van de zorg worden bedreigd. Daarnaast zijn er vragen over de effectiviteit van de verleende zorg en de keuze van het takenpakket. Ook is er discussie over de gewenste scholing en bijscholing van de werkers in deze sector van de gezondheidszorg. Bij al deze kritiek en vragen is het gewenst dat het juiste evenwicht gevonden wordt tussen het behouden van datgene wat goed en nuttig is naast een bereidheid om af te stoten of bij te stellen datgene wat niet meer past bij huidige medische en maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij ook ruimte dient te zijn om nieuwe verworvenheden toe te passen. In deze situatie kan de onderzoeker bijdragen aan het in gang zetten en richting geven van nieuwe ontwikkelingen.

Deze rapportage is de weergave van analyse van meningen en feitenmateriaal die zijn voortgekomen uit literatuurstudie en gesprekken met diverse deskundigen in den lande; tevens beoogt zij een wegwijzer te zijn voor een voortzetting van het onderzoek.

W.M.J. van Duyne, arts
wnd. directeur NIPG/TNO

1. SAMENVATTING

Het project "Organisatie en werkwijze van de jeugdgezondheidszorg" van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG/TNO) bestaat uit onderzoek op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Het eerste deelproject, dat mede op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met voorrang is uitgevoerd, is inmiddels afgerond met het rapport "VTO-samenwerking in opbouw" (1981). Met het voorliggende rapport wordt beoogd een fundering te geven voor verder onderzoek op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Dit doel is uitgewerkt in de vorm van:

- het aangeven van contouren van een programma van onderzoek aangaande het gehele terrein van de jeugdgezondheidszorg (zie hoofdstuk 6);
- het aangeven van meer gedetailleerde vragen en terreinen van onderzoek waarop het NIPG/TNO zich zou kunnen richten (zie hoofdstuk 7).

Het is de bedoeling dat de in dit rapport uitgesproken visies en conclusies worden besproken met deskundigen uit het beleid en de praktijk, hetgeen zal leiden tot een meer definitieve opzet.

In het volgende hoofdstuk wordt de achtergrond van het project belicht. Hierna wordt een schets gegeven van de structuurproblemen in de gezondheidszorg in Nederland, en de gekozen omschrijving van het begrip 'jeugdgezondheidszorg' aangegeven.

In hoofdstuk 5 wordt een beschrijving gegeven van de jeugdgezondheidszorg en de plaats daarvan in de gehele gezondheidszorg in Nederland, zoals die uit literatuur en uit door deskundigen gegeven informatie kan worden samengesteld. Als een centraal probleem wordt aangemerkt, dat het onduidelijk is welke concrete taakstelling moet worden afgeleid uit de doelstelling van de jeugdgezondheidszorg.

In de hoofdstukken 6 en 7 wordt ingegaan op het uit te voeren onderzoek naar de jeugdgezondheidszorg. Als uitgangspunt hierbij geldt dat de uitvoering moet worden gezien in het licht van de inhoud en taakstelling van de jeugdgezondheidszorg. Gezien de onduidelijkheid over dit laatste is onderzoek naar de inhoud en taakstelling noodzakelijk gebleken.

Met hoofdstuk 6 wordt beoogd een aanzet te geven voor een programma van onderzoek aangaande het gehele terrein van de jeugdgezondheidszorg.

Voorkeur wordt uitgesproken voor onderzoeksprogramma's, waarin het longitudinale karakter van de jeugdgezondheidszorg tot zijn recht komt; dit wordt uitgewerkt in een gesystematiseerd overzicht van onderzoeks-
onderwerpen.

In hoofdstuk 7 wordt de voortzetting van het project nader aangeduid. Er wordt voorgestaan onderzoek naar de inhoud en taakstelling van de jeugdgezondheidszorg niet in eerste instantie te richten op het omvangrijke geheel, maar op deelgebieden van deze inhoud en taakstelling. Als onderzoeksterrein wordt afgebakend het complex van activiteiten dat omvat: periodiek geneeskundig onderzoek, vroegtijdige signalering en onderkenning en screeningen. In het bijzonder zijn te noemen: het herziene schema-van Wiechen en de Ewing-test. Hiernaast zou studie kunnen worden verricht naar de activiteiten en functies op het ondersteunend niveau.

2. INLEIDING

In juni 1977 wendde de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zich tot de Centrale Raad voor de Volksgezondheid met een adviesaanvraag ten aanzien van de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Het kader voor de vraagstelling werd ontleend aan de Structuurnota Gezondheidszorg (1974), waarin de basis voor de structuur van de gezondheidszorg is gegeven met de begrippen regionalisatie en echelonnering. De adviesaanvraag had betrekking op de inhoud en uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Het hieruit resulterende interim-advies van de Centrale Raad inzake de zorg voor de gezondheid van 0-3-jarigen (september 1979) heeft aanleiding gegeven tot een discussie in brede kring. Daaruit bleek dat er onduidelijkheid bestaat over doel en taakstelling die aan de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg ten grondslag dienen te liggen. Daarover werden door de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne (1972) en de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (november 1978) reeds eerder rapporten uitgebracht. De vragen die thans nog steeds aan de orde zijn, kunnen als volgt worden geformuleerd:

- Zijn de huidige organisatie en werkwijzen in de jeugdgezondheidszorg nog voldoende afgestemd op de sterk veranderde maatschappelijke situatie?
- Is er voldoende aansluiting en wisselwerking tussen de verschillende instanties, werkzaam op deelgebieden van de jeugdgezondheidszorg?
- In hoeverre moet schaalvergroting van de activiteiten tot regionale samenwerkingsverbanden c.q. geïntegreerde structuren worden nagestreefd?
- In hoeverre kan vroegtijdige signalering van ontwikkelingsstoornissen, alsmede het hierbij nodige multidisciplinaire onderzoek en advies worden bevorderd (VTO-vraagstelling)?
- Welke deskundigheden in welke omvang zijn voor de verschillende deeltaken nodig, en aan welke opleidingseisen moet hierbij worden voldaan?

Van drieërlei zijde is het NIPG benaderd om studie van bovengestelde vragen ter hand te nemen. Dit betreft een vraagstelling met betrekking tot vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) afkom-

stig van de Landelijke Commissie VTO, alsmede een brede vraagstelling met betrekking tot de organisatie en werkwijze van de jeugdgezondheidszorg, afkomstig van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG) (zie bijlage 1). Daarnaast heeft de staatssecretaris voor Volksgezondheid, mevrouw E. Veder-Smit, het NIPG benaderd met een vraag naar een programma van onderzoek ten behoeve van de gehele jeugdgezondheidszorg, aan de hand waarvan kan worden gezien wie op welk tijdstip welk deelonderzoek kan uitvoeren (zie bijlage 2).

Het onderzoek in het kader van het project "Organisatie en werkwijze van de jeugdgezondheidszorg" van het NIPG/TNO wordt in twee fasen uitgevoerd.

In de eerste fase, de voorstudie, wordt aan de hand van literatuurstudie en gesprekken met deskundigen uit het veld een analyse gegeven van knelpunten in de jeugdgezondheidszorg en de daaruit voortvloeiende onderzoeksvragen, uitmondend in de opstelling van een onderzoeksprogramma. Voorliggend rapport vormt de afsluiting van deze eerste fase. In de tweede fase vindt de uitvoering plaats van deelprojecten, ontleend aan het in fase 1 geformuleerde onderzoeksprogramma.

Nauw overleg wordt gevoerd met de projectgroep van mevrouw R.R.R. Huysman-Rubingh en de heer T.R.A.M. Wagenaar, die onderzoek doen naar de effectiviteit van de jeugdgezondheidszorg voor 4-16-jarigen (schoolartsendiensten). De onderzoeken van beide projectgroepen worden op elkaar afgestemd met het doel lacunes en doublures zoveel mogelijk te voorkomen. Daarnaast worden afspraken gemaakt om beide onderzoeken optimaal op elkaar aan te laten sluiten.

Op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en op instigatie van de Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen is begin 1980 gestart met de evaluatieve studie naar VTO-samenwerkingsverbanden in Nederland. Dit onderzoek is inmiddels afgesloten (Rapport "VTO-samenwerking in opbouw", NIPG/TNO, april 1981).

Het onderhavige rapport is de neerslag van de voorstudie (de eerste fase van het project); hierin komen achtereenvolgens aan de orde:

- de structuurproblemen in de gehele gezondheidszorg in Nederland (een globale schets) (hoofdstuk 3);
- de jeugdgezondheidszorg in Nederland (een analyse van de huidige situatie) (hoofdstuk 4 en 5);

- een aanzet voor een programma voor onderzoek betreffende de jeugdgezondheidszorg (hoofdstuk 6);
- de voortzetting van het project aan de hand van concrete onderzoeksonderwerpen (hoofdstuk 7).

De medewerking van de heer W.M.J. van Duyne, arts, en Dr. G.J. Vaandra-
ger, die de projectgroep bij deze studie en de totstandkoming van de
rapportage met hun adviezen en daadwerkelijke inbreng terzijde stonden,
dient tenslotte niet onvermeld te blijven. Ook bij de voortzetting van
het onderzoek hopen de auteurs van dit rapport op hun medewerking te
mogen blijven rekenen.

3. STRUCTUURPROBLEMEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

In de in 1974 verschenen Structuurnota Gezondheidszorg worden naast problemen in het functioneren van de gezondheidszorg ook structurele gebreken van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen geanalyseerd. Een conclusie in deze nota is dat verbrokkeling en overlapping zullen moeten worden vervangen door samenhang. In plaats van de eenzijdige nadruk op de curatieve geneeskunde zou meer aandacht moeten worden geschonken aan de preventie.

In het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1980) worden wettelijke kaders geschapen teneinde aard, omvang, spreiding, samenhang, kwaliteit en aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen beter te reguleren.

Samenhang kan worden bekeken vanuit de elementen waaruit de gezondheidszorg is opgebouwd. Gebrek aan samenhang kan onder meer worden veroorzaakt door de volgende factoren (Leenen, 1979):

1. Een grote diversiteit van instellingen.
2. Geen duidelijke gezagsstructuur ten behoeve van het bereiken van de nodige coördinatie tussen instellingen en werkers.
3. De door specialisatie gedifferentieerde instellingen en beroepsbeoefenaren hebben een te grote autonomie en onafhankelijkheid.
4. De samenwerking wordt veelal belemmerd door stereotype opvattingen en attitudes ten aanzien van wederzijdse (professionele) rolopvattingen.
5. Gebrekkige communicatie.
6. Moeilijkheden in de taakomschrijving. De primaire taak van personen en instellingen ligt niet vast. Als gevolg van historische ontwikkelingen, veranderingen in de opleiding, in de sociale en technologische basis van de taakstelling en in opvattingen daarover verschuiven de taken mettertijd. Voorts hebben organisaties, die zijn opgericht voor het bereiken van een bepaald doel, de neiging zich door institutionalisering een eigen wereld te scheppen, welke een waarde in zichzelf gaat worden en waardoor zij zich kunnen gaan afwenden van, althans minder richten op het bereiken van het oorspronkelijke doel.
7. Historisch bepaalde factoren, die een overheersende rol hebben

gespeeld in gegroeide verhoudingen in de gezondheidszorg en posities in de samenleving, evenals opvattingen over verhoudingen binnen de gezondheidszorg kunnen tegenwerken bij het totstandkomen van samenhang.

8. Groeiverschillen tussen onderdelen van de gezondheidszorg kunnen een evenwichtige ontwikkeling van het totale systeem belemmeren. Het sterk uitgroeien van een bepaalde sector kan ertoe leiden, dat in deze sector de betekenis van externe contacten geringer wordt gewaardeerd.

Bovengenoemde factoren kunnen helpen de samenhangproblematiek in de jeugdgezondheidszorg te analyseren, maar vooralsnog zijn de factoren weinig specifiek en daarom niet zonder meer te hanteren. Zij zullen daartoe moeten worden uitgewerkt.

Naar de mening van de staatssecretaris van Volksgezondheid (Memorie van Antwoord bij het herziene ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1979) is er sprake van een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen, als er aan drie voorwaarden is voldaan:

1. Er moet sprake zijn van een duidelijke functie- en taakverdeling tussen de onderscheiden categorieën van voorzieningen en personen, waarbij deze functies en taken inhoudelijk en kwantitatief op elkaar zijn afgestemd; het gaat hier om 'functionele samenhang'.
2. Er dienen duidelijke procedures dan wel afspraken te zijn op uitvoerend vlak tussen de onderscheiden voorzieningen en personen: 'operationale samenhang'.
3. Om de afstemming van functies en taken tot stand te brengen en te bewaken dient er een duidelijke communicatie-, overleg- en besluitvormingsstructuur te zijn met de daarbijbehorende procedures en afspraken op operationeel niveau. Hier is sprake van 'bestuurlijke samenhang'.

Afwezigheid van één of meer van de hierboven genoemde vormen van samenhang vermindert de samenhang van het totale systeem (of subsysteem) en dient als knelpunt te worden aangemerkt.

Samenhang tussen organisaties kan worden verkregen doordat deze elkaar zowel functioneel als operationeel aanvullen (complementariteit) en door middel van doelmatige en inzichtelijke afspraken op die gebieden waar deze elkaar overlappen.

Met echelonnering wordt beoogd een duidelijke onderscheid te maken tussen de verschillende niveaus van zorg. Bekend zijn het eerste en tweede echelon, respectievelijk de direct toegankelijke, algemeen georiënteerde curatieve zorg van onder andere huisarts en wijkverpleegkundige, en de specialistische, (poli)klinische zorg, die in de regel op verwijzing van de huisarts bereikbaar is. 'Vóór' deze echelons wordt dan het basis-echelon gedacht, omvattende het geheel van gezondheidszorgvoorzieningen met een primair positieve en preventieve taakstelling, gericht op de totale bevolking of specifieke (risico)groepen daaruit. Basisgezondheidszorg wordt onder andere uitgevoerd door Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten en Districtsgezondheidsdiensten (GG & GD'en en DGD'en), kruisorganisaties, ziekenhuizen en artsen, ook in vrije vestiging. Op grond van de inhoud en de wijze van benadering van de populatie wordt tot de basisgezondheidszorg ook de jeugdgezondheidszorg gerekend ("Schets van het beleid inzake Basisgezondheidsdiensten"). In paragraaf 5.3.2.1 wordt hierop nader ingegaan.

Uitgangspunt is dat er samenhang dient te zijn tussen voorzieningen binnen hetzelfde echelon (horizontaal), bijv. tussen huisarts en verpleegkundigen, en tussen voorzieningen in verschillende echelons (verticaal), bijv. tussen huisarts en specialist. Samenhang dient er ook te zijn in de tijd (longitudinaal), hetgeen met name geldt voor de leeftijdsgebonden gezondheidszorgvoorzieningen. Door de NVJG (1978) is gesteld, dat de organisatorische scheiding van de zuigelingen- en kleuterzorg enerzijds en de schoolgezondheidszorg anderzijds een belemmerende factor vormt voor deze longitudinale samenhang.

Samenhang in de gezondheidszorg wordt onder andere daardoor gekenmerkt dat de voorzieningen voor de gebruikers als overzichtelijk stelsel gaan functioneren. Voor de medewerkers betekent dit, dat zij inzicht moeten hebben in het stelsel van voorzieningen van de gezondheidszorg en in de taken die deze uitvoeren. Een goede communicatie tussen gebruikers en medewerkers kan dan een doeltreffend en efficiënt gebruik van de voorzieningen bevorderen.

In dit hoofdstuk is een algemeen kader geschetst, waarbinnen de hierna volgende analyse van de jeugdgezondheidszorg moet worden geplaatst. Op de toepassing van de hier aangegeven algemene begrippen en principes

voor het specifieke geval van de jeugdgezondheidszorg wordt ingegaan in paragraaf 5.3.

4. OMSCHRIJVING VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

4.1 Begripsbepaling

In dit rapport zal onder jeugdgezondheidszorg worden verstaan: "de individueel en collectief gegeven longitudinale preventieve zorg gericht op de gehele jeugd en gebaseerd op via epidemiologie verkregen inzichten". In deze omschrijving is het begrip 'jeugdgezondheidszorg' opgevat als een deel van de gezondheidszorg voor jeugdigen.

Deze omschrijving wordt ontleend aan de Memorie van Toelichting op de begroting 1980 - 1981 van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, en komt overeen met andere bestaande omschrijvingen van de jeugdgezondheidszorg, waarbij de ene omschrijving uitgebreider is dan de andere. De gekozen omschrijving strookt met de in de nota "Schets van het beleid inzake basisgezondheidsdiensten" (1980) gehanteerde omschrijving van het begrip basisgezondheidszorg.

4.2 Nadere omschrijving

De grenzen van hetgeen tot het begrip jeugdgezondheidszorg moet worden gerekend, worden niet gevormd door de begrenzingen van de instituties in het voorzieningenstelsel. Scherpe grenzen tussen soorten van zorg (bijv. curatie en preventie) zijn wel in theorie te trekken, maar in de praktijk van de zorgverlening zijn zij niet strikt te scheiden. Dit betekent dat men naast de jeugdgezondheidszorg, die wordt verleend in specifiek daartoe functionerende instituties, kan rekenen: (een deel van) de longitudinale preventieve zorg aan jeugdigen verleend door huisartsen, verloskundigen, obstetrici en kinderartsen.

Tot de organisatorische kaders, waarbinnen de jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd, behoren:

- de kraamzorg
- de consultatiebureaus voor zuigelingen
- de consultatiebureaus voor kleuters
- de schoolartsendiensten.

Deze kaders vormen weer een onderdeel van grotere organisatorische verbanden, waarvan hier de kruisverenigingen, de GG & GD'en en de DGD'en

kunnen worden genoemd. In het op de volgende pagina staande schema (schema 1) wordt de plaats van deze vormen van zorg aangegeven temidden van voorzieningen die zich min of meer hoofdzakelijk richten op jeugdigen.

De schooltandzorg vormt ook een onderdeel van de gezondheidszorg gericht op jeugdigen. Aangezien echter de schooltandzorg in het geheel van de jeugdgezondheidszorg een aparte plaats inneemt, zal deze bij de verdere bespreking slechts zijdelings worden betrokken.

4.3 Karakterisering

Kenmerkend voor de jeugdgezondheidszorg is dat deze zowel gevraagd als ongevraagd wordt aangeboden en gericht is op de gehele groep van jeugdigen. De zorg wordt aangeboden, ook zonder individuele indicatie. Hier- van zijn de leeftijdsgrenzen niet algemeen aanvaard. De meest ruime op- vassing is, dat zij zich zou moeten richten op jeugdigen vanaf de con- ceptie tot de volwassenheid.

Doelstelling daarbij is dat de activiteiten primair gericht zijn op "het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen" (Nederlandse Bond van Moederschapszorg en Kinderhygiëne, 1972). De zorg wordt zowel individueel als collectief verleend, waarbij de uitvoering hoofdzakelijk individueel, en de planning collectief ge- richt is. De inhoud van de zorg wordt bepaald door verkregen inzichten in de ontwikkeling van de gezondheid van jeugdigen in het algemeen en bedreigende factoren voor de gezondheid van bepaalde groepen daarin in het bijzonder.

4.4 Taken

Het periodiek systematisch of geneeskundig onderzoek vormt één van de hoofdtaken van de jeugdgezondheidszorg. Daaraan is gekoppeld het geven van begeleiding, voorlichting en adviezen aan ouders of verzorgers over verzorging en opvoeding van het kind.

Daarnaast worden in de jeugdgezondheidszorg taken verricht op het ge- bied van screening, immunisatie, registratie, epidemiologie en beleids- advisering.

Schema 1. Voorzieningen ingedeeld naar leeftijdskategorie/leeftijd fase en sector/echelon

		PRENATAAL	PERINATAAL EN POSTNATAAL	11 DAGEN - 3 JAAR	4 - 11 JAAR	12 - 18 JAAR	> 18 JAAR
GEZONDHEIDSZORG	TWEDE ECHELON	VOORZIENINGEN VOOR GEHANDICAPTEN (LICH. EN ZINTUIGLIJK)					
		MEDISCHE KINDERTEHUIZEN (EXCLUSIEF MKD'S)					
		NIET-PAEDIATRISCHE SPECIALISTISCHE, MEDISCHE EN PARAMEDISCHE ZORG					
		OBSTETRISCHE ZORG					
		PAEDIATRISCHE ZORG					
	EERSTE ECHELON	TANDHEELKUNDIGE ZORG					
		HUISARTSGENEESKUNDE			HUISARTSGENEESKUNDE		
		VROEDVROUW					
		KRAAMZORG					
		PRENATALE ZORG V/D WIJKVERPLEEGK. VERLOSKUNDIGE			CONSULTATIEBUREAU ZUIG. KLEUTER	SCHOOLARTSENDIENST	BEDRIJFSGENEESKUNDE
ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG	BASISGEZONDHEIDSZORG	OUDERCURSUSSEN			SCHOOLTANDZORG		
					JPD		
					MOB		
					PSYCHIATRISCHE POLIKLINIEKEN (KINDER RESP. JEUGD)		
					KINDERDAGVERBLIJVEN VOOR GEEST. GEHANDICAPTEN MEDISCH KLEUTERDAG- VERBLIJF		
	GEESTEL. GEZONDH. ZORG				JEUGD-PSYCHIATRISCHE INRICHTING		
					ZWAKZINNIGENVOORZIENING		
WELZIJNSZORG (maatsch. dienst- verlening)	BUREAU VOOR LEVENS- EN GEZINSVRAGEN						
	GEZINSVERZORGING			GEZINSVERZORGING			
				KINDERCENTRA			
				JAC			
				RELEASE			
ONDERWIJS				SOCIAAL- PEDAGOGISCHE DIENST			
				KLEUTER- GEW. LAGER EN VOORTG. OND.			
				SCHOOL- ADVIES EN BEGELEIDINGSPOST			
				BUITENGEWOON ONDERWIJS			
				PEDOLOGISCH INST.			
JUSTITIE	RAAD VOOR DE KINDERBESCHERMING, KINDERRECHTER, KINDERPOLITIE						
	KINDERJUSTITIELE INSTELLINGEN						

— : doelgroep qua leeftijd scherp afgegrensd
 - - - : doelgroep qua leeftijd niet scherp afgegrensd

4.5 Uitvoering

Bij de uitvoering van de hierboven geschetste taken in de jeugdgezondheidszorg wordt niet uniform te werk gegaan. Verschillen bestaan zowel ten aanzien van de inhoud en de gebruikte methoden als ten aanzien van de taakverdeling tussen de werkers in de jeugdgezondheidszorg. Wel bestaan er op onderscheiden niveaus afspraken om de uitvoering van de verschillende onderdelen op elkaar af te stemmen. Uitvoering gebeurt veelal in teamverband tussen huisartsen, 'mevrouw-artsen', jeugdartsen of kinderartsen enerzijds, en anderzijds verpleegkundigen, para-medisch personeel, assistenten en anderen. Rond de taakverdeling binnen de teams zijn verschillende experimenten gaande, die nog niet geleid hebben tot landelijke afspraken op dit gebied.

5. DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de bevindingen uit de literatuurstudie en de gesprekken met deskundigen in de jeugdgezondheidszorg. Deze oriëntatie is gericht geweest op het verkrijgen van inzicht in de belangrijkste problemen. Een verantwoording van de gevolgde werkwijze en de namen van de geraadpleegde deskundigen en instanties worden gegeven in bijlagen 5 en 6.

5.2 Het landelijk overheidsbeleid ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg heeft een betrekkelijk autonome ontwikkeling doorgemaakt. Bij deze ontwikkeling is slechts op onderdelen van een sturend overheidsbeleid sprake geweest. In overeenstemming met het in hoofdstuk 3 beschreven streven naar meer samenhang in de gezondheidszorg in zijn geheel, neemt nu ook de jeugdgezondheidszorg een meer centrale plaats in het beleid van de overheid in.

In november 1978 stelde de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevrouw Veder-Smit, dat van haar kant werd gewerkt "aan de vorming van een duidelijk beleid dat een doorlopende jeugdgezondheidszorg zal waarborgen" (Veder-Smit, 1979).

Dit beleidsvoornemen heeft geresulteerd in enkele concrete beleidsmaatregelen ten aanzien van de door de kruisverenigingen en basisgezondheidsdiensten uitgevoerde jeugdgezondheidszorg.

In december 1979 heeft de staatssecretaris de door de kruisorganisaties uitgevoerde jeugdgezondheidszorg als deel van het 'basispakket' van het kruiswerk opgenomen in de AWBZ. Tot dit basispakket behoort (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979):

"moederschapszorg en kinderhygiëne omvattende begeleiding, voorlichting en andere zorg tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind, met inbegrip van periodiek systematisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van het kind,

doch met uitzondering van kraamzorg".

(De kraamzorg is geregeld als ziekenfondsverstrekking.)

Op 1 juni 1981 is inmiddels het "Besluit erkenningsnormen Kruisorganisaties" vanwege het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gepubliceerd, waarmee de opname van het kruiswerk in de AWBZ nader is geregeld.

In de circulaire d.d. 1 augustus 1980, gericht aan de besturen van de door het Rijk gesubsidieerde schoolartsendiensten (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne), geeft de staatssecretaris een uiteenzetting van haar "benadering van het geneeskundig schooltoezicht op langere termijn". De jeugdgezondheidszorg wordt beschouwd als basisgezondheidszorg en dus benaderd volgens het beleid dienaangaande dat is aangegeven in de "Schets van het beleid inzake basisgezondheidsdiensten" (1980). Zij streeft ernaar "zodanige condities te scheppen dat enerzijds een uniform, op effectiviteit getoetst, leeftijdsgebonden en op epidemiologie gebaseerd landelijk takenpakket kan worden uitgevoerd ten behoeve van de gehele jeugd en dat anderzijds mogelijkheden ontstaan tot aanpassing van de zorg aan de plaatselijke behoeften. Dit houdt tevens in dat de structuur en de financieringssystematiek daarop dienen te worden afgestemd".

Als middelen om dit te bereiken noemt zij:

- een wijziging van de subsidieregeling zó dat de voorheen geldende directe relatie tussen het subsidie voor de salarissen en de verlening van zorg aan leerlingen in bepaalde schoolklassen komt te vervallen; hiervoor in de plaats komt meer ruimte voor eigen prioriteitenstelling door de gemeentebesturen (aanpassing van de zorg aan plaatselijke behoeften);
- schaalvergroting: te kleine diensten dienen te worden samengevoegd tot diensten die minimaal 20 à 30.000 kinderen onder toezicht hebben; de subsidieregeling wordt terzake aangepast;
- uniforme richtlijnen voor het opstellen van het jaarverslag en het gebruik van bepaalde schoolartsenkaarten.

Vanuit het Ministerie wordt gestreefd naar de ontwikkeling van een samenhangend beleid ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg.

Een onderbouwing voor beleidsadvisering is gegeven in het rapport

"Jeugdgezondheidszorg" van de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne (1972). Er is vanwege de opeenvolgende staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tweemaal (in 1972 en 1977) een adviesaanvraag naar de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgegaan, waarbij de vraagstelling betrekking had op het brede terrein van de jeugdgezondheidszorg. Tot een finale advisering is het mede als gevolg van verschillen in visie op maatschappij en gezondheidszorg niet gekomen. In 1979 verscheen het "Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen".

5.2.1 Het interim-advies van de Centrale Raad

De vraagstelling in de in 1977 geformuleerde adviesaanvraag luidde:

- "a. welke taken in de zorg voor de gezondheid van jeugdigen dienen op het uitvoerend niveau te worden vervuld door respectievelijk de openbare gezondheidszorg en de eerstelijns gezondheidszorg;
- b. welke activiteiten dienen op het ondersteunend niveau te worden verricht, teneinde voldoende voorwaarden te scheppen voor het uitvoeren van de onder vraag a. bedoelde taken".

Er werd gevraagd het advies in deeladviezen te geven, waarbij het eerste deeladvies betrekking zou hebben op "de categorie 0 tot en met 3-jarigen, die domicilie hebben in het gezin en functioneren respectievelijk zonder bekend verhoogd risico voor stoornissen en met bekend verhoogd risico voor stoornissen".

Dit eerste deeladvies is het in september 1979 verschenen interim-advies. De Raad stelt daarin dat positieve en preventieve gezondheidszorg voor de jeugd dient te worden gegeven:

- a. in georganiseerd verband, hetgeen inhoudt zonder vrijblijvendheid van de zijde van de uitvoerders en met de garantie van continuïteit;
- b. volgens gestandaardiseerde programma's;
- c. met een voorgeschreven wijze van verslaglegging;
- d. onder een leiding die tevens beschikbaar is voor consultatie en overleg met de uitvoerders.

In het advies worden voorts enige alternatieve uitvoeringsmodellen van jeugdgezondheidszorg gepresenteerd en wordt aangeraden deze modellen door middel van experimenten te toetsen. In het uitvoeringsmodel, waar-

aan een meerderheid de voorkeur geeft, wordt aan de huisarts een centrale rol toegedacht in de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg voor 0 - 3-jarigen; aan de jeugdarts worden taken van coördinatie en supervisie toebedeeld.

Het interim-advies gaf aanleiding tot kritische reacties, onder meer omdat de problematiek van de jeugdgezondheidszorg erin wordt gereduceerd tot de rol die de huisarts en de jeugdarts erin spelen. Andere beroepsuitoefenaren en de samenwerkingsproblematiek blijven buiten beschouwing. Als manco in dit advies werd tevens ervaren dat het onduidelijk is ten aanzien van de inhoud van de jeugdgezondheidszorg. De vroegtijdige opsporing van (somatische) ziekten en afwijkingen door middel van periodiek geneeskundig onderzoek wordt niet zinvol geacht, omdat de incidentie en prevalentie van de relevante lichamelijke morbiditeit zeer klein zouden zijn. Geen uitspraak kon worden gedaan over vroegtijdige onderkenning van met name ontwikkelingsneurologische en psycho-sociale/emotionele stoornissen van het jonge kind, omdat te weinig bekend zou zijn van aard en omvang van deze stoornissen. Tevens zou volgens het interim-advies psycho-sociale begeleiding pas tot de taken van de jeugdgezondheidszorg moeten worden gerekend, nadat eerst 'in een beperkt gebied' wordt aangetoond wat daarmee bereikt kan worden. Een gevolg van deze in het interim-advies ingenomen standpunten is dat de inhoud van de jeugdgezondheidszorg lijkt te worden afgewezen of ter discussie gesteld, met uitzondering van de immunisaties. Ook de beoogde wijze van benadering van de doelgroep is onduidelijk: is het de bedoeling dat de zorg zowel gevraagd als ongevraagd wordt aangeboden?

Concluderend kan worden gesteld dat het interim-advies niet het integrale antwoord geeft waarom de staatssecretaris in de adviesaanvraag verzocht. Vooral betreft dit de vraag welke taken moeten worden uitgevoerd, terwijl het advies verdeeld is over de vraag hoe de taken (welke deze dan ook mogen zijn) moeten worden uitgevoerd.

De ontstane impasse heeft tot gevolg dat de staatssecretaris als aanvulling op het interim-advies zoekt naar verdere beleidsrelevante informatie (zie ook de Memorie van Toelichting op de begroting voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1981).

Conclusie

Door de staatssecretaris zijn enkele voornemens voor een beleid ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg geformuleerd en hierbij passende con-

crete beleidsmaatregelen genomen. Wat betreft de jeugdgezondheidszorg voor 0 - 3-jarigen is het periodiek systematisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van jeugdigen opgenomen in de AWBZ; het is echter onvoldoende duidelijk welke inhoud dit periodiek onderzoek moet krijgen, wat verder de inhoud van de jeugdgezondheidszorg voor 0 - 3-jarigen zou moeten zijn en hoe deze zou moeten worden uitgevoerd. Het interim-advies geeft onvoldoende vaste grondslag voor de verdere ontwikkeling van het beleid, zodat het aangewezen lijkt onderzoek te verrichten teneinde basisgegevens voor het beleid te verschaffen.

5.2.2 De huidige controverse

Na het verschijnen van het interim-advies van de Centrale Raad is in den lande discussie opgelaaid over de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Globaal zijn twee meningen te onderscheiden.

Aan de ene kant wordt het interim-advies gesteund vanuit de huisartsenwereld. In de argumenten staat de integrale zorg, te verlenen door de huisarts als gezinsarts, centraal. Tevens wordt de organisatorische scheiding tussen eerstelijnsgezondheidszorg enerzijds en een op collectieve preventie gericht systeem anderzijds afgewezen onder andere vanwege dreigende fragmentering van het gezondheidszorgsysteem. Ook worden negatieve effecten van een overmaat aan zorg en specialisatie in de jeugdgezondheidszorg gevreesd, zoals het wekken van onrust bij de ouders, het doen van onnodig onderzoek, leidend tot somatische fixatie en medicalisering en het ontnemen van verantwoordelijkheid van de ouders.

In het algemeen blijkt men in deze argumentatie evenwel niet duidelijk te zijn over wat de gewenste taakstelling van de jeugdgezondheidszorg zou moeten zijn.

Aan de andere kant wordt het interim-advies aangevochten in de kring van sociaal-geneeskundigen, waarvan in dit verband de NVJG de voornaamste woordvoerder is. Men beargumenteert de voorkeur voor de jeugdarts in de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg vooral door te wijzen op de specifieke eisen die een op preventie gerichte longitudinale sociaal-geneeskundige zorg voor een collectief 'jeugdigen' zou stellen aan de deskundigheid van de uitvoerders.

Geen van beide partijen geeft aan hoe de respectievelijke standpunten getoetst zouden kunnen worden.

In deze situatie lijkt het - concluderend gesproken - voor de hand te liggen in eerste instantie de aandacht vooral te richten op de wenselijke inhoud van de jeugdgezondheidszorg.

5.3 Structuur en samenhang van de jeugdgezondheidszorg

In hoofdstuk 3 is een algemene beschouwing gewijd aan de problematiek van structuur en samenhang in de gezondheidszorg in Nederland.

De daar beschreven algemene noties zijn in principe van toepassing op de jeugdgezondheidszorg, maar zij bleken weinig specifiek en daarom niet zonder meer te hanteren.

De analyse van structuur en samenhang in de jeugdgezondheidszorg wordt in de volgende paragrafen met behulp van de in hoofdstuk 3 uiteengezette principes verder uitgewerkt.

5.3.1 Inleiding

De huidige georganiseerde jeugdgezondheidszorg in Nederland is opgebouwd uit drie belangrijke componenten: de zorg voor zuigelingen, de zorg voor peuters/kleuters, en de schoolgezondheidszorg. Als belangrijk structureel kenmerk van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg springt de 'opdeling' in gescheiden organisatorische kaders het meest in het oog. De zorg voor zuigelingen en kleuters, die aansluit op de kraamzorg, begint officieel vanaf de tiende dag na de geboorte en is onderdeel van het kruiswerk, behalve in Amsterdam en drie kleine gemeenten. Deze zgn. 'moederschapszorg en kinderhygiëne' vindt plaats in de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en vormt ook een substantieel deel van de taak van de wijkverpleegkundige. Deze specifieke positieve en preventieve zorg eindigt met het 4e à 5e levensjaar. Hierna wordt de zorg overgenomen door de schoolgezondheidszorg, die is georganiseerd in (inter)gemeentelijke schoolartsendiensten, of een afdeling vormt van GG & GD'en of DGD'en, behalve in Limburg waar zij een onderdeel vormt van de kruisverenigingen.

De schoolgezondheidszorg begint dus op de kleuterschool en eindigt met het einde van de leerplichtige leeftijd. Dit betekent overigens niet dat de schoolgezondheidszorg zich niet uitstrekt tot latere leeftijdsgroepen,

maar landelijk verschilt dit beeld van dienst tot dienst.

Een bijzonder kenmerk van de jeugdgezondheidszorg is de longitudinale opzet: door de verschillende leeftijdsfasen van het opgroeiende kind heen worden allerlei activiteiten verricht vanuit de jeugdgezondheidszorg, gericht op het beschermen, behouden en bevorderen van de gezondheid. Op de organisatorische structuur van de jeugdgezondheidszorg heeft dat zijn weerslag:

1. in zoverre de zorg longitudinaal is, dient er een goede aansluiting te zijn van de in de opeenvolgende leeftijdsfasen verrichte activiteiten in de verschillende organisatorische kaders ('longitudinale samenhang');
2. in zoverre vanuit de zorg aanleiding is tot contacten met andere vormen van preventieve en - vooral - curatieve zorg (al dan niet leeftijdsgebonden) dient er een goede aansluiting te zijn op de voorzieningen in het eerste of tweede echelon of de AGGZ en welzijnszorg ('transversale samenhang').

In het huidige bestel is de jeugdgezondheidszorg aldus ondergebracht in een aantal werksoorten of organisatorische kaders, waarbij een bepaalde specialistische afstemming op de benodigde zorg in een bepaalde leeftijdsgroep kan worden onderscheiden. De in de tijd opeenvolgende aansluiting van zorg tussen de voorzieningen van jeugdgezondheidszorg vergt een goede informatieoverdracht, opdat de bevindingen uit een eerdere fase zodanig hun doorwerking kunnen vinden.

De aansluiting van de jeugdgezondheidszorg op allerlei curatieve vormen van zorg in de eerste en tweede lijn verloopt hoofdzakelijk via de huisarts. Een goede communicatie is ook hier onontbeerlijk. Omdat in de jeugdgezondheidszorg veelal vraagstukken van psycho-sociale aard aan de orde zijn, waarbij pedagogische en psychologische advisering en behandeling een rol spelen, is vooral ook de relatie tot de jeugd-AGGZ (ambulante geestelijke gezondheidszorg) van belang. De verwijzing behoeft in deze gevallen - het betreft vooral de Medisch Opvoedkundige Bureaus en Jeugd Psychiatrische Diensten - niet via de huisarts te verlopen.

In deze paragraaf zullen nu enige bijzonderheden in de organisatorische vormgeving, mede in relatie tot de hiervoor geschetste samenhangproblematiek, nader worden beschouwd.

5.3.2 Structuur

5.3.2.1 Jeugdgezondheidszorg en basisechelon

Over de organisatorische situering van de jeugdgezondheidszorg in het zgn. basisechelon is al veel gezegd en geschreven. In de "Schets van het beleid inzake Basisgezondheidsdiensten" (1980) werd een standpunt ingenomen, dat een politiek compromis is ten aanzien van de uitvoerende organisatorische kaders waarin onderdelen van de zorg zijn ondergebracht, in casu particulier initiatief dan wel overheidszorg.

De keuze tussen het onderbrengen van de jeugdgezondheidszorg bij de basisgezondheidszorg of bij de - generalistische en integrale - eerstelijnszorg is niet een kwestie van structuur, maar een vraagstuk van inhoudelijke en functionele prioriteiten. In zoverre aan dit vraagstuk structurele aspecten kleven, is vooral het belang van de maximale bereikbaarheid van het zorgaanbod aan de orde - functionele en ruimtelijke bereikbaarheid zijn daarbij wezenlijke elementen. Het maakt dan niet uit welke soort arts de zorg uitvoert, essentieel is het gegeven dat de zorg voldoet aan een aantal primaire structurele en functionele kenmerken. De uitsluitende toebedeling van de jeugdgezondheidszorg aan het basisechelon is evenwel een omstreden punt. Vooral de huisartsen menen dat de jeugdgezondheidszorg een integraal deel uitmaakt van hun takenpakket. Dientengevolge zou het onderbrengen van de jeugdgezondheidszorg in basisgezondheidsdiensten of onderdelen daarvan - en daarbij dienen dan in dit verband ook de door de kruisorganisaties georganiseerde CB's te worden gerekend - de mogelijkheden die in een meer gedifferentieerde organisatorische uitwerking besloten liggen, niet voldoende benutten. Wat rest is het probleem dat twee basisaspecten van de gezondheidszorg, nl. preventie en curatie, structureel en organisatorisch zijn gescheiden, ook op punten waar de grensvlakken tussen deze aspecten niet scherp zijn omschreven en zij functioneel veelal sterk samenhangen.

5.3.2.2 De compartimentering van de jeugdgezondheidszorg

Met betrekking tot de organisatorische grondslag - particulier initiatief of overheidszorg - zijn recentelijk uitspraken gedaan door de Tweede Kamer, waarin wordt gesteld dat de kruisverenigingen taken op

het gebied van de basisgezondheidszorg kunnen blijven verrichten zolang er geen termen aanwezig zijn om het anders te doen. In de nota "Schets van het beleid inzake Basisgezondheidsdiensten" (1980) wordt gesteld dat de schoolgezondheidszorg het beste kan worden ondergebracht bij (inter-) gemeentelijke diensten. Als bepalende criteria voor dit standpunt worden aangevoerd de historische binding aan gemeenten en functionele aspecten in de uitvoering (positieve en preventieve zorg voor groepen); voorts ook dat het gaat om ongevraagde zorg en om een epidemiologische doelstelling. De zuigelingen- en kleuterzorg is historisch gegroeid binnen het kruiswerk en kan "om redenen van functionele organisatie het beste worden meegenomen in het herstructureringsproces van de kruisverenigingen" ("Schets van het beleid terzake Basisgezondheidsdiensten", 1980). Als voordeel hiervan wordt genoemd dat met onderbrenging van de kinderhygiëne bij het kruiswerk de relatie tot het eerste echelonswerk van de wijkverpleegkundige en de huisarts het beste is gegarandeerd.

Op dit punt is in de praktijk overigens gebleken dat er knelpunten zijn: van samenwerking en overleg tussen CB-arts en huisarts is op veel plaatsen geen sprake. De ruimtelijke/geografische nabijheid op zichzelf vormt geen garantie. Als organisatorisch-structurele oplossing is in de gesprekken met deskundigen een situatie genoemd, waarbij een huisarts met een beperkt aantal en steeds dezelfde CB-artsen heeft te maken. Een knelpunt is tevens dat de werkgebieden van de (wijkgebonden) wijkverpleegkundige en huisarts niet samenvallen.

5.3.2.3 De kruisverenigingen

CB's maken onderdeel uit van autonome plaatselijke en regionale kruisorganisaties; ten aanzien van de uitvoering van het werk van de CB-arts is er geen toezichthoudende of controlerende functie. Er vindt een betrekkelijk 'vrije' invulling van het CB-werk plaats en er is moeilijk greep op te krijgen, doordat een strikte normering van het werk niet mogelijk is. Een veelgehoorde opmerking is dan ook dat er te veel vrijblijvendheid is. De ondersteuning van de zuigelingen- en kleuterzorg wordt georganiseerd vanuit de provinciale kruisorganisaties en uitgevoerd door districtsverpleegkundigen en districtsartsen. Tussen de districtsverpleegkundige en de wijkverpleegkundige, de districtsarts en de CB-arts bestaan geen formele zeggenschapsverhoudingen. Het is de taak

van districtsverpleegkundige en districtsarts kwaliteitsbevorderend te werken, onder andere door middel van voorlichting en bijscholing. Om dit te bereiken dient veel aandacht te worden besteed aan relatie-opbouw en motivatie, iets wat lang niet altijd lukt. Als oorzaken van tekortschietende ondersteuning van de zuigelingen- en kleuterzorg wordt onder andere aangegeven dat er een tekort aan mankracht is, terwijl een specifieke opleiding voor districtsverpleegkundigen node wordt gemist. Tevens treedt er vergrijzing op onder de provinciale functionarissen. Al met al lijkt er vanuit de kruisorganisaties aanleiding te zijn de taken van de met de ondersteuning belaste provinciale functionarissen te evalueren.

5.3.2.4 Beleidsstructuur

Een samenhangende advisering ter onderbouwing van een landelijk beleid ten aanzien van de gehele jeugdgezondheidszorg is nauwelijks tot ontwikkeling gekomen en is, voor zover aanwezig, veelal verbrokkeld. Ten dele ligt dit aan de organisatorische compartimentering van de uitvoerende organisaties in de jeugdgezondheidszorg. Een andere factor is de scheiding van de beroepsorganisaties waarbinnen de diverse beroepsuitoefenaren (o.a. meerdere 'soorten' artsen, en verpleegkundigen) opereren, terwijl er geen adviesinstantie voor de jeugdgezondheidszorg is waarin alle betrokkenen (de uitvoerende organisaties, de verschillende 'soorten' van beroepsuitoefenaren, de overheid etc.) vertegenwoordigd zijn.

De zeggenschap van de landelijke overheid over de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg is gering. De kruisverenigingen hebben een vergaande mate van autonomie op de verschillende niveaus (locaal en provinciaal) en toetsing van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg door de ziekenfondsen (vanwege de opname van het kruiswerk in de AWBZ) is pas recent mogelijk en dan nog slechts globaal gericht op de uitvoeringscondities.

In overeenstemming met de decentralisatiegedachte is de zeggenschap over de besteding van de gelden voor wat betreft de schoolgezondheidszorg (met uitzondering van Limburg) voor een groot deel verplaatst van de landelijke overheid naar de gemeenten, zodat de mogelijkheden om op landelijk niveau prioriteiten te stellen zijn verminderd (zie paragraaf 5.6.2.2).

5.3.3 Samenhang en jeugdgezondheidszorg

5.3.3.1 Longitudinale samenhang

Het hiervóór aangeduide belang van een goede aansluiting van de opeenvolgende leeftijdsgebonden onderdelen van de jeugdgezondheidszorg is vooral op vier vlakken aan de orde: de overdracht van de verloskundige zorg en de kraamzorg naar de zuigelingenverzorging en vervolgens naar de kleuterzorg, de overdracht van hieruit naar de schoolgezondheidszorg en de overdracht naar eventuele bedrijfsgeneeskundige zorg of vormen van universitaire gezondheidszorg. Met name de organisatorische scheiding tussen de zorg voor 0-3-jarigen en de schoolgezondheidszorg vormt stof voor discussie, evenals de organisatorische grondslag: particulier initiatief of overheidszorg.

Terzake van de scheiding in organisatie tussen zuigelingen - kleuterzorg en schoolgezondheidszorg wordt in de "Schets Basisgezondheidsdiensten" (1980) gesteld, dat goede afspraken en samenwerking de overgang zo soepel mogelijk moeten laten verlopen, vooral ten behoeve van de informatieoverdracht in verband met de longitudinale opzet van de zorg. Veelal echter blijken afspraken op dit punt niet goed te functioneren. Door provinciale artsen voor de jeugdgezondheidszorg is op dit terrein een inventarisatie verricht naar de gehanteerde afspraken, waarbij gebleken is dat deze een zeer divers beeld opleveren. Zolang niet duidelijk is welke informatie van belang is voor een goede longitudinale zorg is dit aspect moeilijk in te vullen.

5.3.3.2 Transversale samenhang

De relaties van de jeugdgezondheidszorg met curatieve voorzieningen in het eerste en tweede echelon liggen landelijk gezien zeer verschillend. Een knelpunt is dat na insturen door een CB de terugkoppeling van gegevens uit de curatieve sector niet of incidenteel gebeurt en in elk geval niet systematisch is.

Op enkele plaatsen worden vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) voor jeugdigen (consultatieve) contacten gelegd met CB's en schoolartsendiensten in een poging zo vroeg mogelijk afwijkingen in de ontwikkeling te signaleren en op te vangen. Deze contacten zijn divers

van aard en organisatorische opzet. Een knelpunt is de aansluiting van de zorgverlening binnen de jeugdgezondheidszorg en de jeugd-AGGZ. Volgens deskundigen zijn er in het zorgaanbod onvoldoende mogelijkheden voor psycho-sociale preventie voor jeugdigen; tevens is het onduidelijk hoe organisatorisch op dit probleem moet worden ingespeeld.

5.3.3.3 Samenhang met de gehele gezondheidszorg

De 'inbedding' van de zuigelingen- en kleuterzorg in het totale systeem van gezondheidszorgvoorzieningen is moeilijk te beoordelen. Immers, in het algemeen zijn resultaten van de activiteiten van de jeugdgezondheidszorg binnen het voorzieningssysteem in termen van verwijzingen niet of moeilijk te achterhalen, anders dan bij de verwijzende instanties zelf. Vooral bij CB's geldt dat deze niet kunnen verwijzen, maar slechts kunnen adviseren een bepaalde, meestal op nader onderzoek gerichte actie te ondernemen. De verwijzing loopt in het vigerende gezondheidszorgstelsel doorgaans via de huisarts, zodat die als eerste verwijzer wordt geregistreerd. Registratie- en verwijsgegevens van CB's zijn dan ook niet goed te interpreteren, omdat niet bekend is hoe de gegevens zijn ontstaan.

5.3.4 Conclusie

De plaats van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg binnen de voorzieningen ten behoeve van jeugdigen is onduidelijk en omstreken. Helderheid in deze zaak kan slechts worden verkregen door uit te gaan van de wenselijke taakstelling van de jeugdgezondheidszorg en de feitelijke taakuitoefening en taakopvatting van de thans functionerende voorzieningen voor jeugdigen.

Er blijkt geen eensluidende mening te zijn over de mogelijk nadelige gevolgen van de organisatorische scheiding tussen de jeugdgezondheidszorg voor 0 t/m 3-jarigen en de schoolgezondheidszorg. Gesteld wordt dat de scheiding tot gevolg heeft dat gegevens betreffende de in zorg zijnde kinderen niet goed worden overgedragen. Op dit terrein gehanteerde afspraken vertonen landelijk een zeer grillig beeld.

De onderbrenging van de specifieke zorg voor zuigelingen en kleuters bij

het kruiswerk zou tot voordeel hebben dat daarmee de relatie tot het - curatieve - eerste echelonswerk van wijkverpleegkundige en huisarts het beste is gegarandeerd ("Basisgezondheidsdiensten", 1980). In de praktijk is dit niet steeds het geval. Het terrein overziend kan wel worden gesteld dat de overdracht van gegevens noodzakelijk voor longitudinale zorg op problemen stuit, zonder dat precies bekend is waar de grootste knelpunten zitten.

Algemene uitspraken over het functioneren van de CB's in het geheel van de gezondheidszorgvoorzieningen zijn moeilijk te doen, daarvoor verschillen de werkwijzen van de CB's te veel. Ook de wijze waarop de relaties met andere (curatieve) voorzieningen functioneren, verschilt. Dit aspect van transversale samenhang is van belang, omdat niet zonder meer kan worden aangenomen dat verwijzingsadviezen hun juiste doorwerking vinden in de opeenvolgende echelons.

Daarnaast is duidelijk dat CB's niet altijd zijn geïnformeerd over de effecten van bepaalde acties in overige delen van het ambulante of klinische zorgsysteem. Meer inzicht hierin zou gewenst zijn (zie o.a. "VTO-samenwerking in opbouw", NIPG/TNO, 1981).

Er zouden onvoldoende mogelijkheden zijn voor psycho-sociale preventie voor jeugdigen in de huidige zorgverlening van jeugdgezondheidszorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen.

De landelijke beleidsstructuur ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg heeft zwakke punten. De beleidsadvisering is verbrokkeld ten gevolge van de veelheid van uitvoerende en beroepsorganisaties. Tevens heeft de landelijke overheid slechts een beperkte zeggenschap over de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

5.4 Doel- en taakstelling van de jeugdgezondheidszorg

5.4.1 Doelstelling van de jeugdgezondheidszorg

Als algemene doelstelling van de jeugdgezondheidszorg is geformuleerd "het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen" (Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne, 1972). Discussie bestaat over de vraag welke inhoud aan deze doelstelling gegeven moet worden in de veranderde maatschappelijke context. Aanvankelijk was het doel van de consultatiebureaus voor zuigelingen en

kleuters vooral gelegen in het terugdringen van kindersterfte en ernstige besmettelijke ziekten. Nederland behoort nu tot de landen met de laagste kindersterfte en de ernstige besmettelijke ziekten zijn, mede dankzij de immunisaties, vrijwel bedwongen.

* Onder invloed van maatschappelijke veranderingen doet zich nu in de inhoud van jeugdgezondheidszorg een accentverschuiving voor in de richting van psycho-sociale zorg. De snelle ontwikkelingen in de maatschappij veroorzaken een afbrokkeling van zekerheden (economische teruggang, werkloosheid, nieuwe leefvormen, veranderende waardering van het gezin, echtscheidingen). De aanwezigheid van grote aantallen buitenlandse werknemers en hun gezinnen plaatst de maatschappij voor geheel nieuwe problemen. Voorlichting door massamedia versterkt het besef dat kinderen kwetsbaar zijn door hun snelle groei en ontwikkeling, hun afhankelijkheid van de omgeving en hun onervarenheid. Hierdoor wordt weliswaar het verantwoordelijkheidsgevoel van ouders vergroot, maar tevens hun onzekerheid. De mogelijkheden om gerezen vragen te bespreken zijn echter verminderd ten gevolge van een toegenomen maatschappelijk isolement. Door verkleining van de gezinnen krijgen ouders en kinderen minder kans ervaring op te doen en over te dragen betreffende het opvoeden en verzorgen van kinderen.

De adolescentenproblematiek, waarin het derde milieu een centrale rol speelt, neemt toe.

Uit de hierboven beschreven omstandigheden dringt het beeld zich op dat de noden thans anders van aard zijn dan vroeger en bovendien complex, waarbij een verscheidenheid van maatschappelijke factoren een rol speelt. Het is moeilijk om te bepalen hoe vanuit de jeugdgezondheidszorg hierop moet worden ingegaan.

5.4.2 Inhoud van de jeugdgezondheidszorg

De nota "Visie Jeugdgezondheidszorg 1977" van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg noemt als middelen om de gezondheid van de Nederlandse jeugd te bevorderen:

1. individueel- en groepsgerichte zorg met
 - vroege opsporing van pathologische afwijkingen
 - begeleiding van groei en ontwikkeling

- positieve beïnvloeding van de wisselwerking tussen gezondheid en milieu
 - gezondheidsvoorlichting- en opvoeding.
2. Het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens die van belang zijn voor de individueel- en groepsgerichte gezondheidszorg en voor het beleid ten aanzien van gezondheidsvoorzieningen voor jeugdigen.

Over de wenselijkheid van deze middelen bestaat geen eenstemmigheid:

- de 'opbrengst' van vroegtijdige opsporing van pathologische afwijkingen zou te gering zijn, terwijl de nodige therapie, opvang en begeleiding, vaak zouden ontbreken; het zou efficiënter en voordeliger zijn om alleen die kinderen te behandelen die klachten hebben;
- gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (g.v.o.) zou beter groepsgericht kunnen geschieden via de media;
- gegevens die in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg zijn verzameld zouden niet kunnen dienen voor wetenschappelijk onderzoek en zouden geen basis kunnen vormen voor het beleid.

5.4.3 Het programma van activiteiten

In kringen van de jeugdgezondheidszorg (NVJG, Nationale Kruisvereniging, provinciale artsen jeugdgezondheidszorg en districtartsen) is men van mening dat een uniform basispakket voor zuigelingen-, kleuter- en schoolgezondheidszorg moet worden vastgesteld op grond van door epidemiologisch onderzoek verkregen inzichten.

Dit basispakket zou moeten bevatten:

- periodiek geneeskundig onderzoek van groei, ontwikkeling en gezondheidstoestand. Dit onderzoek kan, evenals vragen en klachten van ouders of anderen, leiden tot advies of gericht onderzoek en verwijzing. Het moet echter niet uitsluitend medisch-somatisch zijn, maar ook gericht op vroegtijdige signalering van ontwikkelingsstoornissen en andere pathologie en het moet psycho-sociale bedreigingen in het gezin en op school signaleren;
- screening op bepaalde afwijkingen (PKU, CHT, zintuigstoomissen);

- advisering ten aanzien van voeding, gezondheid, veiligheid en opvoeding;
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (g.v.o.);
- anticiperende begeleiding ten aanzien van geestelijke en lichamelijke gezondheid en ontwikkeling;
- immunisaties;
- follow-up van verwijzingen.

Van dit pakket is de collectief verleende zorg (screeningen, immunisaties en g.v.o. aan groepen) algemeen aanvaard.

Er bestaat echter verschil van mening ten aanzien van de individueel te verlenen zorg en het positieve effect daarvan op de gezondheidstoestand van de bevolking (NHG, 1979). De uitvoering van de individueel verleende zorg blijkt in de praktijk - bij ontstentenis van een algemeen aanvaard richtsnoer - op een niet systematische wijze uiteen te lopen. Inmiddels heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het periodiek systematisch onderzoek opgenomen in de AWBZ als onderdeel van het basispakket van het kruiswerk (december 1979).

In overleg tussen de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (IAD) is een functie- en taakomschrijving voor de CB-arts tot stand gekomen, die kan worden gebruikt als basis voor een dienstverband tussen kruisvereniging en CB-arts (LAD, 1980). In deze omschrijving is geen uitgewerkt programma van activiteiten gegeven, maar worden de taken van de CB-arts slechts globaal vastgelegd. In de sfeer van het beleid zijn er nog onbeantwoorde vragen betreffende de taakstelling van de jeugdgezondheidszorg (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) (Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting, 1981). Aan de orde is nu hoe een programma van activiteiten kan en moet worden gefundeerd. Dit zou dienen te geschieden op grond van sociaal-medische deskundigheid, en rekening houdend met door de maatschappij gesignaleerde noden en behoeften. Deze zijn vervat in de vragen van de ouders: "is mijn kind gezond, is het zo gezond mogelijk?" (Van Wieringen, 1978) en "doe ik het goed?", die bij de bepaling van de inhoud van het basispakket centraal zouden moeten staan. De in paragraaf 5.4.1 gesignaleerde feitelijke accentverschuiving in de richting van psychosociale zorg heeft nog niet geleid tot een beleidsmatig ontwikkeld en in de praktijk toegepast programma van activiteiten.

Naar de mening van de deskundigen die ten behoeve van deze voorstudie

zijn geraadpleegd, zou het basispakket uniform en zoveel mogelijk gestandaardiseerd dienen te zijn. De uitvoering echter kan niet op uniforme wijze geschieden, maar behoort flexibel te worden aangepast aan de behoeften van kind en ouders en aan de mogelijkheden van arts en wijkverpleegkundige.

Globaal zou moeten worden vastgelegd op welke tijdstippen bepaalde onderzoeken verricht dienen te worden, waarbij rekening wordt gehouden met individuele variabiliteit en behoeften. Hierbij verdient de vraagbaakfunctie van de jeugdgezondheidszorg, die door de uitvoerders als taak wordt geaccepteerd, aandacht.

5.4.4 Conclusie

Het is moeilijk om te bepalen hoe vanuit de jeugdgezondheidszorg moet worden ingegaan op de huidige noden in de maatschappij. De inhoud die volgens de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (1977b) moet worden gegeven aan de jeugdgezondheidszorg is aangevochten. Zowel in de sfeer van het beleid als in de praktijk is er behoefte aan een uitwerking van de taakstelling van de jeugdgezondheidszorg in een programma van activiteiten. Algemeen bestaat de wens tot een uniform basispakket met de mogelijkheid van flexibiliteit in de uitvoering.

5.5 Manpower, het probleem van de kwantitatieve en kwalitatieve personeelsvoorziening

5.5.1 Inleiding

Een adequate uitvoering van jeugdgezondheidszorg stelt ten aanzien van de medewerkers eisen van kwantitatieve en kwalitatieve aard: er moeten voldoende functionarissen zijn in de verschillende beroepsgroepen en de medewerkers moeten over een bepaalde deskundigheid beschikken om aan de functie-eisen te kunnen voldoen.

In het navolgende zullen aspecten van het kwalitatieve en het kwantitatieve personeelsprobleem worden belicht.

5.5.2 Kwantitatieve aspecten

De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg is in handen van artsen en verpleegkundigen. Vooral onder de laatstgenoemden is er volgens de kruisorganisaties een nijpend tekort, met name aan gediplomeerde wijkverpleegkundigen. Het jaarverslag van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) over 1978, betreffende de jeugdgezondheidszorg voor 0 - 7 jaar, vermeldt dat er in dat jaar 1753 verpleegkundigen met wijkaantekening en 1084 zonder wijkaantekening bij de kruisverenigingen werkzaam waren. Daarnaast waren er nog 63 districtsverpleegkundigen kinderhygiëne in dienst; het is echter bekend dat dit aantal gestaag daalt.

Het aantal vacatures bedroeg in 1977 onder de wijkverpleegkundigen 4,7%, onder de hoofdwijkverpleegkundigen 30,5% en onder de wijkziekenverzorgers 12,7% (Rapport van de Centrale Raad van de Volksgezondheid, 1980). Dit ernstige tekort wordt veroorzaakt door het geringe aantal nieuw aankomende wijkverpleegkundigen, maar ook door een onrustbarend verloop onder de reeds als zodanig werkzamen. Door het aanstellen van verpleegkundigen zonder wijkaantekening (verpleegkundigen in de wijk), die nu al 30% vormen van alle in de wijk werkzame verpleegkundigen, tracht men het tekort aan te vullen. Dit betekent echter dat de wijkverpleging wordt uitgevoerd door daartoe niet speciaal opgeleide krachten. Dit gemis doet zich het sterkst gevoelen in de preventief gerichte jeugdgezondheidszorg voor 0 - 3-jarigen, die nu voor een groot deel in handen is van overwegend voor de curatieve zorg opgeleide verpleegkundigen.

Tot de taken in de jeugdgezondheidszorg behoren het huisbezoek na afloop van de kraamperiode en de prenatale bezoeken. Deze bezoeken vragen een zekere preventieve instelling, die de verpleegkundige in de wijk uit hoofde van haar opleiding niet heeft. Zonder daarop gerichte opleiding is het volgens de kruisverenigingen moeilijk om deze taken goed uit te voeren. Hetzelfde geldt voor het werk op de bureaus voor zuigelingen en kleuters. Bij de daar in de loop der jaren gegroeide traditionele taakverdeling vervult de arts veelal preventief gerichte kinderhygiënische taken die volgens velen beter gedelegeerd kunnen worden aan een goed opgeleide wijkverpleegkundige. De arts krijgt dan meer tijd beschikbaar voor de medische werkzaamheden waarop zijn opleiding gericht is geweest (Van Wieringen, 1968; Wafelbakker et al., 1974).

Als oorzaken van de geringe belangstelling voor de wijkverpleging worden door de geraadpleegde deskundigen genoemd: de geringe status van de wijk-

verpleging ten opzichte van de ziekenhuisverpleging, de tweejarige opleiding die door de leerlingen zelf bekostigd moet worden, het feit dat stageplaatsen zo moeilijk te verkrijgen zijn, het grote verloop dat te maken heeft met overbelasting (de vicieuze cirkel ontstaan door het tekort aan wijkverpleegkundigen), en teleurstelling in het werk. Voorts wordt gewag gemaakt van teleurstellende ervaringen in het werk, die hun oorzaak vinden in het feit dat de opleiding niet aansluit op de praktijk, dat het solistisch werken dat aanvankelijk zo aantrekkelijk lijkt, velen op den duur tegenvalt en dat een veel te groot deel van de werktijd moet worden besteed aan administratieve taken waarvan bovendien het doel niet duidelijk is.

Met de onderbrenging van het kruiswerk in de AWBZ is financieel ruimte geschapen voor het aanvullen van kwantitatieve tekorten. Besloten is een volumegroei van 4% per jaar toe te staan, onder andere ten behoeve van uitbreiding van het verpleegkundig potentieel.

In de zuigelingen- en kleuterzorg zijn (berekend op full-time basis), werkzaam 9,5 provinciaal artsen jeugdgezondheidszorg, 24,5 districtsartsen, 24,1 CB-artsen in vaste dienst en 2.796 CB-artsen op honorariumbasis (Geneeskundige Hoofdinspectie, 1978).

De Geneeskundige Hoofdinspectie constateert in haar jaarverslag dat ook het aantrekken van districtsartsen een moeizame aangelegenheid blijft. Het aantal werkzame CB-artsen blijft stabiel en vertoont een neiging tot consolidering nu dienstverband mogelijk is.

Bij het geneeskundig schooltoezicht (de schoolartsendiensten) waren in 1978 602 artsen in dienst bij 143 diensten. Het aantal verpleegkundigen bedroeg in dat jaar 354 (CBS, 1980).

Voor al in de sector zorg voor 0 - 3-jarigen is het aantrekken van voldoende CB-artsen niet altijd gemakkelijk. De meeste CB-artsen zijn 'freelancers', die dit werk voor enkele uren per week of zelfs per maand doen, al dan niet naast een eigen praktijk. Sinds kort kunnen door kruisverenigingen op basis van een landelijk geldend standaard-contract arbeidsovereenkomsten met CB-artsen, niet-huisartsen worden aangegaan.

Naast een hogere rechtszekerheid voor de betrokkenen is hiermee in principe de mogelijkheid voor een betere kwaliteitscontrole geschapen. De voorwaarden waaronder dit zou kunnen gebeuren, liggen echter nog allerm minst vast.

Oorzaken van het tekort aan artsen zouden zijn: onbekendheid met het preventieve werk, doordat dit in de artsenopleiding nauwelijks aandacht krijgt, de als minder gunstig ervaren arbeidsvoorwaarden (geen dienstverband, matige honorering) en de onduidelijke inhoud van het werk met zijn vrijblijvend karakter. In het algemeen lijkt aan dit werk weinig status te worden toegekend in de medische wereld. Doordat de capaciteit van de opleidingen tot jeugdarts klein is, worden bovendien weinig sociaal-geneeskundigen afgeleverd.

5.5.3 Kwalitatieve aspecten en de opleidingen

De kwaliteit van de verleende zorg is mede afhankelijk van de opleiding van de zorgverleners. Zowel voor artsen als voor verpleegkundigen zouden de opleidingen te kort schieten.

Het takenpakket van de wijkverpleegkundige is omvangrijk en wordt steeds pluriformer. Er wordt onderscheid gemaakt tussen curatieve en preventieve taken; ten opzichte van de (preventieve) jeugdgezondheidszorg wordt aan het curatieve deel steeds meer aandacht gegeven. Hierbij zal zeker het reeds genoemde feit een rol spelen dat een derde deel van de in de wijkverpleging werkzame krachten overwegend voor de curatieve zorg is opgeleid. Ondanks de mogelijkheid die aan deze verpleegkundigen in de wijk wordt geboden om via de part-time opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) de wijkaantekening te halen, neemt het aantal gediplomeerden niet toe. Voor de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg werkt dit waarschijnlijk nadelig en bovendien kost het de districtsverpleegkundigen-kinderhygiëne extra tijd om de verpleegkundige in de wijk in te werken en te begeleiden.

Er blijkt geen duidelijk pakket van opleidingseisen te zijn voor de wijkverpleging. De autonome opleidingsinstituten zijn vrij om, afgezien van een aantal verplichte basisvakken, het curriculum in te vullen zoals zij willen. De opleidingen, vooral Middelbare Beroepsopleiding Verpleegkundige (MBOV) en Hogere Beroepsopleiding Verpleegkundige (HBOV), zouden slecht op de praktijk aansluiten, mede doordat in de opleiding veel minder ruimte is voor het onderdeel zuigelingenverzorging (tot voor + 8 jaren was voor iedere wijkverpleegkundige de zgn. kraamaantekening verplicht; hiertoe kwam zij gedurende een half jaar intensief in aanraking met vele facetten van de zuigelingenverzorging).

Door de Nationale Kruisvereniging en op provinciaal niveau wordt gepleit voor een differentiatie in de functie van de wijkverpleegkundige, zodat per basiseenheid enkele verpleegkundigen zich specifiek kunnen belasten met jeugdgezondheidszorg. Deze wijkverpleegkundigen kunnen dan ook gericht worden opgeleid en bijgeschoold, terwijl de anderen in de groep zich kunnen toeleggen op het curatieve werk. Over dit perspectief bestaat echter binnen de kruiswereld nog lang geen eenstemmigheid.

Ook voor de schoolgezondheidszorg ontbreken opleidingseisen. Door Van Gemert is in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde (1980) de noodzaak besproken van een specifieke opleiding tot jeugdverpleegkundige, die toegerust zou zijn om de longitudinale zorg voor het gehele tijdvak van de jeugd op zich te nemen.

De noodzaak van een opleiding tot sociaal-geneeskundige (jeugdarts) voor alle sectoren van de jeugdgezondheidszorg staat ter discussie. Veel artsen die in de jeugdgezondheidszorg werkzaam zijn, zijn in feite niet speciaal voor deze taak opgeleid: + 16 van de 2.000 CB-artsen zijn ingeschreven in het register van sociaal-geneeskundigen, tak jeugdgezondheidszorg; slechts 43% van de artsen in de schoolgezondheidszorg is jeugdarts, en daarvan heeft bovendien maar 23% de opleiding gevolgd; de overige 20% is op grond van een overgangsregeling ingeschreven (Van der Meeren, 1981).

De vraag of de zorg voor 0 - 3-jarigen door jeugdartsen moet worden behandeld, is ten dele een vraag naar het deskundigheidsniveau waarover men minimaal moet beschikken. Velen zijn geneigd te stellen dat de basisopleiding geneeskunde voldoende is. Ten aanzien van de opleidingen tot huisarts (en kinderarts) is echter nauwelijks inbreng of terugkoppeling vanuit de jeugdgezondheidszorg. Daarom zou een aanvullende scholing nodig zijn voor het CB-werk. Dit zou inhouden dat huisartsen consultatiebureaus kunnen leiden, mits zij deze aanvullende opleiding volgen en aan enkele andere eisen kunnen voldoen.

Een start is gemaakt met het ontwikkelen van een speciale CB-artsencursus (NIPG/TNO), die echter nog in een experimenteel stadium verkeert. In samenwerking met andere opleidingsinstituten wordt dit initiatief verder uitgewerkt. Men hoopt hiermee de uniformiteit in het CB-werk te bevorderen, maar ziet deze korte cursussen tevens als een 'noodverband'. Het streven is dan ook naar uitbreiding, zowel wat betreft aantal als inhoud.

Het bieden van goede opleidingen is een eerste voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van het werk. Het volgen van deze opleidingen zou dan verplicht gesteld moeten worden.

Ook experimenten met nieuwe werkwijzen, zoals het 'CB-nieuwe stijl' en het 'Project Jeugdverpleegkundige' (Wafelbakker et al., 1974; Project Jeugdverpleegkundige, 1981), waarbij in goede samenwerking ieder functioneert op zijn maximale niveau van deskundigheid, kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering van het werk. Zonder deskundige begeleiding echter zouden volgens sommigen deze experimenten kunnen leiden tot wildgroei (waartoe dan worden gerekend aparte screeningsbureaus, verpleegkundige bureaus, artsen die meerdere bureaus per dagdeel leiden).

De samenwerking in teamverband en het delegeren van taken, die vanouds werden verricht door de arts, aan de wijkverpleegkundige leidt tot groter zelfstandigheid van de laatste. Binnen de teams zijn artsen en wijkverpleegkundigen het dan vaak niet eens over de verdeling van de te dragen verantwoordelijkheid: verpleegkundigen wensen voor hun deel van de taak volledig verantwoordelijk te zijn en aanvaarden de ongedeelde eindverantwoordelijkheid van de arts niet.

Door de grote diversiteit van bureaus en bemanning zijn landelijke richtlijnen voor de taakverdeling slechts globaal te geven: per bureau dient de verdeling van het werk aangepast te worden aan de situatie ter plaatse. Des te meer zou evaluatie van de werkwijze van dergelijke gereorganiseerde bureaus nodig zijn om de waarborg te scheppen dat de verandering inderdaad leidt tot verbetering.

Andere maatregelen, die de kwaliteit kunnen verhogen, zijn bijvoorbeeld het eisen van een minimum aantal bureau-uren per week, het invoeren van gestandaardiseerde registratie en evaluatie, en het regelmatig geven van bijscholing.

5.5.4 Conclusie

Van verscheidene zijden wordt gemeld dat de jeugdgezondheidszorg voor 0-3-jarigen heeft te kampen met een tekort aan mankracht, zowel onder de artsen als onder de verpleegkundigen. De geringe toeloop vindt zijn oorsprong in onbekendheid met het preventieve werk en in een aantal knelpunten in de uitvoering, die het werk onaantrekkelijk maken, zoals overbelasting en het moeten verrichten van oneigenlijke taken.

Veel van deze moeilijkheden zijn terug te voeren op tekorten in de opleidingen, die zowel voor artsen als verpleegkundigen niet primair gericht zijn op preventie, noch op jeugdgezondheidszorg. Om althans in de ergste nood te voorzien zijn de kruisverenigingen genoodzaakt krachten aan te stellen die niet voor dit werk zijn opgeleid en die daardoor aan de specifieke onderdelen vaak niet voldoende inhoud kunnen geven. De gehele wijkverpleging, en de jeugdgezondheidszorg in het bijzonder, is hierdoor in een neerwaartse spiraalbeweging geraakt.

Door recente maatregelen (met name de steviger financiële basis die voor het kruiswerk is gelegd door opneming van het werk in de AWBZ en de mogelijkheid voor artsen om een dienstverband aan te gaan) worden de oorzaken van de kwantitatieve en kwalitatieve knelpunten in de personeelsvoorziening slechts ten dele weggenomen.

Over het pakket dat de opleiding van artsen en verpleegkundigen zou moeten bieden, teneinde een optimale uitvoering van de jeugdgezondheidszorg te bereiken, bestaat geen eenstemmigheid. Hierdoor blijft het onduidelijk of een volledige opleiding tot jeugdarts, respectievelijk jeugdverpleegkundige, nodig is, of dat kan worden volstaat met korte aanvullende cursussen.

5.6 Financiële aspecten van de jeugdgezondheidszorg

De financiering van de gezondheidszorg kan worden gezien als een belangrijk beleidsinstrument. Financiering van de jeugdgezondheidszorg geschiedt vanuit verschillende bronnen. De NVJG (1978) heeft gesteld dat financiering uit één bron de integratie tussen de in de jeugdgezondheidszorg werkzame organisaties zou kunnen bevorderen.

Achtereenvolgens wordt in deze paragraaf ingegaan op het begrotingsbeleid (inleiding), de kosten en financiering van de jeugdgezondheidszorg en het rendement daarvan.

5.6.1 Inleiding

Het totale budget voor de gezondheidszorg bedroeg in 1977 21,6 miljard gulden; van dit bedrag is 3% besteed aan preventie, waarvan de jeugdgezondheidszorg deel uitmaakt (Doeleman, 1980).

In het kader van de algehele beleidsombuigingen genoemd in 'Bestek '81', heeft de staatssecretaris voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal een nota aangeboden over "Het beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling" (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979). Daarin zijn maatregelen genoemd, waarvan wordt verwacht dat uiteindelijk een ombuiging van 2 miljard gulden in de kosten in het jaar 1982 kan worden gerealiseerd. Uit deze nota blijkt dat het beleid onder meer gericht is op het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg en de preventie, teneinde te komen tot kostenbeheersing in andere onderdelen van de gezondheidszorg. Voor de jeugdgezondheidszorg betekent dit, dat er financieel gezien ruimte bestaat voor het uitbreiden van het takenpakket, mits deze uitbreiding tot gevolg heeft dat er door het uitvoeren van deze taken een geringer beroep gedaan behoeft te worden op andere onderdelen van de gezondheidszorg. Met andere woorden: preventie, vroegtijdige opsporing van (ontwikkelings)stoornissen, anticiperende begeleiding en GVO in de jeugdgezondheidszorg zou moeten voorkomen dat kinderen in een latere fase een beroep zouden moeten doen op andere hulpverlenende instanties.

5.6.2 Kosten en financiering

5.6.2.1 Kruisorganisaties

Uit de financiële gegevens over de kruisorganisaties valt niet precies af te lezen hoe groot het aandeel van de kraamzorg en de CB's voor zuigelingen en kleuters in de kosten van de kruisorganisaties precies is. De oorzaak hiervan is, dat de infrastructurele voorzieningen (administratie en beheer) niet worden toegerekend naar de verschillende activiteiten die door de kruisorganisaties worden vervuld.

Tabel 1a en b. Exploitatiekosten in miljoenen guldens (tabel a) en in procenten (tabel b) van de kruisorganisaties naar activiteit

	1974	1975	1976	1977	1978
a					
administratie en beheer	66,3	72,1	82,5	92,6	107,4
wijkverpleging	143,7	170,3	191,5	216,2	240,0
specifieke kinderhygiëne	27,8	31,2	34,8	38,1	43,8
kraamzorg	104,8	119,3	129,6	144,5	161,2
schoolartsdienst	2,6	2,9	3,4	3,9	4,1
overige activiteiten	20,7	26,5	25,2	29,7	29,2
totaal	365,9	422,3	467,0	525,0	585,7
b					
administratie en beheer	18,1	17,1	17,7	17,6	18,3
wijkverpleging	39,3	40,3	41,0	41,2	41,0
specifieke kinderhygiëne	7,6	7,4	7,5	7,3	7,5
kraamzorg	28,6	28,2	27,7	27,5	27,5
schoolartsdienst	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
overige activiteiten	5,7	6,3	5,4	5,7	5,0
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
stijging totaal		15,4	10,6	12,4	11,6

Bron: Maandstatistiek Bevolking (CBS, juli 1980)

Opgemerkt moet worden dat alleen in Limburg het geneeskundig schooltoezicht valt onder de verantwoordelijkheid van de kruisvereniging. In alle andere gevallen wordt de schoolgeneeskundige zorg verleend door GG & GD'en, DGD'en of organisaties die vallen onder de Wet gemeenschappelijke regeling.

Daartegenover staat dat in Amsterdam en nog drie andere (kleinere) gemeenten het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters niet onder de kruisorganisaties valt.

Sinds 1 januari 1980 worden de kruisinstellingen gefinancierd via de AWBZ. In de volgende tabel is voor deze wijziging nog geen correctie aangebracht.

Tabel 2a en b. Exploitatie-opbrengsten in miljoenen guldens (tabel a) en in procenten (tabel b) van de kruisorganisaties naar bron en herkomst

	1974	1975	1976	1977	1978
a					
rijkssubsidie	115,8	137,7	155,1	177,1	197,8
provinciaal subsidie	5,8	7,1	8,0	8,4	9,4
gemeentesubsidie	61,8	73,3	84,7	95,8	104,8
AWBZ-bijdragen	6,5	7,8	6,8	8,7	9,4
verzorgingsgelden van:					
ziekenfondsverzekerden	76,5	90,8	101,5	103,2	106,1
niet-ziekenfondsverzekerden	11,1	13,0	18,2	24,1	32,2
contributies	65,3	74,3	83,8	91,6	99,7
overige opbrengsten	19,6	21,3	19,2	22,4	30,1
totaal	362,4	425,3	477,3	531,3	589,5
b					
rijkssubsidie	32,0	32,4	32,5	33,3	33,5
provinciaal subsidie	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6
gemeentesubsidie	17,0	17,2	17,7	18,0	17,8
AWBZ-bijdragen	1,8	1,8	1,4	1,6	1,6
verzorgingsgelden van:					
ziekenfondsverzekerden	21,1	21,3	21,3	19,5	18,0
niet-ziekenfondsverzekerden	3,1	3,1	3,8	4,5	5,5
contributies	18,0	17,5	17,6	17,3	16,9
overige opbrengsten	5,4	5,0	4,0	4,2	5,1
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
stijging totaal		17,4	12,2	11,3	11,0

Bron: Maandstatistiek Bevolking (CBS, juli 1980)

In het rapport van de Ziekenfondsraad (1978) inzake de opnemng van het werk van kruisorganisaties in de AWBZ wordt een raming gemaakt van de financiering voor de jaren 1979 tot en met 1981 (tabel 3). Opgemerkt moet worden dat de totale kosten (kolom 2) alleen die kosten bevatten die in het basispakket van de AWBZ zijn opgenomen.

Tabel 3. Ramingen (in miljoenen guldens) van de kosten en financiering van de kruisorganisaties (1978-1981)

	totale kosten	naar AWBZ verze- kering	contribu- ties en eigen bijdragen	rijks- bijdrage	nu reeds uit AWBZ	extra premie AWBZ	(7) in % van (9)	premie- plichtig inkomen AWBZ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1978	414	393	92	285	6	10	0,007	144.300
1979	469	446	99	308	7	32	0,020	157.400
1980	527	501	107	333	8	53	0,031	171.700
1981	592	562	116	360	9	77	0,041	187.300

In kolom 2 worden de totale kosten weergegeven en in kolom 3 het aandeel van de AWBZ-financiering daarin. Kolom 4 t/m 7 geven aan hoe men in het kader van de AWBZ de bijdrage aan de kosten voor de kruisorganisaties denkt te financieren. Kolom 8 geeft aan hoe groot het beslag is van de kruisorganisaties op het totale premieplichtig inkomen van de AWBZ (kolom 9).

Door enkele respondenten is gesteld dat invoering van een verplichte eigen bijdrage juist die groepen van de jeugdgezondheidszorg zou kunnen weghouden, die wellicht het meest de zorg nodig hebben.

5.6.2.2 Basisgezondheidsdiensten

Uit de "Schets van het beleid inzake Basisgezondheidsdiensten" (1980) blijkt dat in 1977 door deze diensten 90 miljoen gulden werd besteed aan jeugdgezondheidszorg. Op basis van de hier geschetste toekomstige ontwikkeling en op grond van het landelijk gewenste takenpakket van deze basisgezondheidsdiensten zouden deze kosten voor 1977 210 miljoen gulden zijn geweest, waarvan 106 miljoen voor de schoolgezondheidszorg, 60 miljoen voor de schooltandzorg, en 44 miljoen voor overige activiteiten op het gebied van de jeugdgezondheidszorg.

In de "Schets Basisgezondheidsdiensten" wordt vervolgens aangegeven hoe de financiering van de bovengenoemde kosten van de taakgroep jeugdgezondheidszorg zou kunnen geschieden. Ten aanzien van de schoolgezondheidszorg wordt gesteld: "Het Rijk geeft op basis van de richtlijnen betreffende de subsidiëring van het geneeskundig schooltoezicht een bijdrage van 45% in de salariskosten van de schoolarts, de schoolverpleegster en/of administratieve hulpkracht. Daarnaast hebben veel gemeenten een begrotingspost voor 'openbare gezondheidszorg', waaruit schoolgezondheidszorg gefinancierd wordt ("Schets van het beleid inzake Basisgezondheidsdiensten", 1980).

Tot voor kort werd op basis van de Financiële Verhoudingswet door het Rijk via het Gemeentefonds 80% van deze door de gemeente gemaakte kosten vergoed. Thans beschikken de gemeenten over een vast bedrag waaruit de kosten kunnen worden vergoed. Gemeenten kunnen nu zelf binnen de begroting verschuivingen aanbrengen. Het is op dit moment nog niet geheel duidelijk wat daarvan voor de schoolgezondheidszorg de gevolgen zullen zijn (zie ook paragraaf 5.3.2.4).

5.6.3 Rendement

Zoals in de inleiding is gesteld, verwacht de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne dat een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en de preventie zal leiden tot kostenbesparing in andere onderdelen van de gezondheidszorg. In sommige gevallen kan men inderdaad vaststellen dat dit zo is (screening op CHT, PKU), in de meeste gevallen echter niet of nauwelijks. "Daarnaast moet men zich wel telkens afvragen en blijven afvragen of een dienst die van veel nut geweest is, ook nu nog diezelfde betekenis heeft. Mogelijk kan het beschikbare geld doelmatiger worden besteed in een andere sector van de algemene gezondheidszorg, en misschien kan de beschikbare mankracht beter voor andere taken ingezet worden." (Wafelbakker, 1971). Velen menen dat een kosten/batenanalyse van het periodiek geneeskundig schoolonderzoek gewenst is. Bij een dergelijke benadering zou duidelijk moeten zijn wat de kosten zijn en welke effecten bereikt worden, met andere woorden wat daartegenover de baten zijn. Pot (1973) is van mening dat 87% van de somatische afwijkingen, die bij het periodiek geneeskundig onderzoek worden opgespoord, ook door een niet-medicus opgespoord kunnen worden. De NVJG (1977) stelt, dat het volgen van groei en ontwikkeling van het individuele kind in relatie tot gezins- en schoolsituatie belangrijk is om een zo goed mogelijke ontplooiing van het kind te kunnen helpen bevorderen.

5.7 Informatie en registratie

"WIE moet WAT weten WANNEER en HOE"

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is geschreven, vormt de samenhangproblematiek in de jeugdgezondheidszorg één van de kernpunten van het beleid. Samenhang dient er ook te zijn in het systeem van informatie-overdracht. Hierbij gaat het om de informatiestromen binnen de instellingen op het gebied van de jeugdgezondheidszorg, tussen deze instellingen onderling, en tussen deze instellingen en instellingen of personen buiten de jeugdgezondheidszorg. In deze paragraaf zullen achtereenvolgens de informatiebehoeften en de bestaande informatiesystemen aan de orde komen, waarbij de informatie wordt bekeken vanuit het doel van de informatie-verzameling, namelijk ten behoeve van het individuele kind, het epidemiologisch onderzoek en het beleid.

5.7.1 Informatiebehoefte

5.7.1.1 Het individuele kind

Een van de doelstellingen van de jeugdgezondheidszorg is het volgen van groei en ontwikkeling van jeugdigen in de tijd. Daartoe is het nodig dat gegevens 'longitudinaal' worden vastgelegd. Longitudinale registratie is die vorm van vastleggen van gegevens, waardoor *het verloop in de tijd* van de geregistreeerde gegevens gevolgd kan worden (Van der Meeren, 1979). Voorwaarden voor deze vorm van registratie zijn:

- Elke medewerker dient zich ervan bewust te zijn dat gegevens over een kind worden geregistreerd mede ten behoeve van de medische behandeling van het kind *in de toekomst*.
- Het volledig medisch dossier dient 'met het kind mee te gaan' naar die dienst voor jeugdgezondheidszorg waaronder het kind gezien zijn leeftijd, woonplaats en/of school ressorteert.
- Landelijk geldende afspraken tussen alle betrokken instellingen over een systematische overdracht van de dossiers zijn noodzakelijk.
- Alle diensten voor jeugdgezondheidszorg dienen dezelfde medische registratiekaart voor een bepaalde leeftijdsperiode als basis voor het medisch dossier te gebruiken (Van Wieringen, 1973).

Uitwisselbaarheid

Door de grote diversiteit van mensen en organisaties in de jeugdgezondheidszorg en door de hoge mobiliteit van de bevolking dienen geregistreeerde gegevens zodanig te zijn vastgelegd, dat ook anderen dan degene die de gegevens heeft geregistreerd daaruit een goed beeld krijgt van de ontwikkeling/gezondheidstoestand van het kind (Nationale Kruisvereniging, 1977).

De bescherming van de persoonlijke levenssfeer houdt in dat ouders de mogelijkheid hebben tot het kennisnemen van de registratiegegevens van hun kind, het doen corrigeren en vernietigen van gegevens (dit laatste mogelijk geclausuleerd ten aanzien van enkele specifieke onderdelen), het beperkt laten blijven van het gebruik van de gegevens, en de vernietiging of volledige anonimisering van de gegevens aan het einde van de periode van het jeugdig zijn (Klomp, 1980).

Hierop aansluitend is in het rapport "Jeugdgezondheidszorg - inhoud en uitvoering" van de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne (1972) een aantal voorwaarden geformuleerd, waaraan de organisatie van de jeugdgezondheidszorg dient te voldoen. Deze zijn:

- onderlinge afstemming van frequentie en aard van onderzoek in de verschillende leeftijdsgroepen (zoals in het rapport aangegeven);
- landelijke uniformiteit, respectievelijk op elkaar afgestemd zijn van medische registratiekaarten;
- overzichtelijke, systematische en tijdbesparende registratie;
- 'automatische'* onderlinge uitwisseling van relevante gegevens van sociaal-medische en curatief-geneeskundige aard.

5.7.1.2 Epidemiologisch onderzoek

De jeugdgezondheidszorg maakt deel uit van de basisgezondheidszorg. In de Schets Basisgezondheidsdiensten (1980) wordt gewezen op het belang van het verzamelen en analyseren van epidemiologische gegevens betreffende het werkgebied van deze diensten. De informatiebronnen, waarvan deze diensten gebruik zouden moeten maken, worden voornamelijk gevormd door bestaande registratiesystemen van de gezondheidszorgvoorzieningen in het werkgebied en de centrale informatiesystemen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI), enz.

De jeugdgezondheidszorg zou derhalve haar informatiesysteem zo moeten inrichten, dat daaruit tevens de benodigde informatie ten behoeve van de epidemiologische taakopdracht van de basisgezondheidsdiensten kan worden gehaald.

Daarbij is nog niet de vraag beantwoord of deze epidemiologische gegevens uit het registratiesysteem ten behoeve van de zorg voor het indi-

* Met 'automatische' wordt bedoeld, dat in de administratieve organisatie vastgelegd is op welk ogenblik, op welke wijze en aan wie overdracht, respectievelijk uitwisseling van gegevens geschiedt. Van Wieringen (1973) zegt daarover dat in de praktijk kan worden uitgemaakt of automatisch verzenden (d.w.z. dat het initiatief bij de verzender ligt) of wachten op een verzoek tot toezending het meest efficiënt is.

viduele kind moeten komen, of dat hiervoor aparte registraties dienen plaats te vinden.

Met betrekking tot het belang van registratie in de jeugdgezondheidszorg voor het doen van epidemiologisch onderzoek zij ook verwezen naar een verslag van een onderzoek naar de mogelijkheden tot epidemiologisch onderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg (Baecke et al., 1978), waarin een inventarisatie is gemaakt van onderwerpen die zich lenen voor epidemiologisch onderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg. Baecke et al. komen in hun onderzoek tot de conclusie dat bestaande registratiesystemen zich slecht lenen voor het doen van dit epidemiologisch onderzoek. Zij geven de voorkeur aan het gebruik van aparte registratieformulieren naast de in gebruik zijnde reguliere formulieren.

Verscheidene voor deze voorstudie geïnterviewde deskundigen vroegen zich bovendien af of het, bezien vanuit het oogpunt van privacy, wel toelaatbaar is om gegevens die geregistreerd zijn ten behoeve van het individuele kind te gebruiken voor andere (epidemiologische) doeleinden.

5.7.1.3 Bestuurlijke informatie

"Gericht beleid kan niet worden gevoerd zonder beleidsrelevante informatie. De beleidsontwikkeling op het gebied van de informatievoorziening is met name gericht op het verkrijgen van inzicht in de gewenste informatie op regionaal niveau en op het verkrijgen van inzicht in de noodzakelijk te nemen stappen die zullen leiden tot effectuering van de gewenste informatievoorziening. Tot voor kort is er weinig aandacht besteed aan het verkrijgen van inzicht in de wenselijkheden en mogelijkheden van de informatievoorziening ten behoeve van het regionale beleid en aan het stelselmatig totstandbrengen van een passen van het thema informatievoorziening in regionaal verband. Daarom zijn ter uitwerking van de Wet voorzieningen gezondheidszorg enkele projecten geëntaamd."

(Memorie van toelichting op de begroting 1981 van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne)

Ook binnen de organisaties van de jeugdgezondheidszorg bestaat een groeiende behoefte aan meer gedetailleerde informatie om de totale gang van zaken binnen de organisatie beter beïnvloedbaar te maken (Van Sprundel, 1976).

De vraag rijst in hoeverre de informatie over het functioneren van de voorzieningen (aantallen consulten of huisbezoeken) kan voortkomen uit

het registratiesysteem dat ten behoeve van het individuele kind wordt bijgehouden.

5.7.2 Bestaande informatiestromen

Uit de gevoerde gesprekken met deskundigen bleek dat er regionaal verschillende afspraken bestaan ten aanzien van de registratie en de uitwisseling van gegevens tussen de organisaties van de jeugdgezondheidszorg. Verder onderzoek zou hierin meer inzicht moeten verschaffen. In het onderstaande wordt een aantal bestaande informatiesystemen besproken, dat in de literatuur en tijdens de gesprekken is aangetroffen.

5.7.2.1 Het individuele kind

Gegevens over de partus en de eerste dagen van het kind betreffende gewicht, lengte, voeding enzovoorts worden in een aantal gevallen door de kraamzorg op daarvoor bestemde formulieren aan het CB voor zuigelingen doorgegeven (zie in dit verband bijlage 7 onder C3).

Op het CB voor zuigelingen wordt evenals op het CB voor kleuters in de meeste provincies de drieluikkaart gebruikt. Het doorgeven van dit registratieformulier aan de schoolartsendiensten verloopt niet overal op dezelfde wijze. Dit wordt door velen gezien als één van de knelpunten op het terrein van de informatie-overdracht. Een nog niet gepubliceerd evaluatief onderzoek naar het gebruik van de CB-kaart door de schoolarts in een schoolartsdienst in Noord-Holland is uitgevoerd door L. Moulijn-Joustra (1980). Uit dit onderzoek blijkt, dat bij 25% van de betrokken schoolartsen de CB-kaart ontbreekt.

Ook de registratieformulieren, die door de schoolartsendiensten worden gebruikt, verschillen per regio. De NVJG heeft hieraan iets willen doen door de invoering van een landelijke registratiekaart voor schoolartsen. Ook de informatie-overdracht van en naar andere voorzieningen van gezondheids- en welzijnszorg, die niet direct binnen het kader van de jeugdgezondheidszorg werkzaam zijn, wordt als knelpunt ervaren.

5.7.2.2 Epidemiologische gegevens

Het reeds eerder genoemde onderzoek van Baecke et al. naar de mogelijkheden tot epidemiologisch onderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg komt tot de conclusie dat bestaande registratiesystemen zich slecht lenen voor het doen van dit soort onderzoek.

In een groepsscriptie (Koning et al., 1980) in het kader van de basis-cursus sociale geneeskunde naar de mogelijkheden voor basisgezondheidsdiensten om met behulp van bestaande registratiesystemen de prevalentie te schatten van chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA) in het werkgebied van die diensten, komt men tot dezelfde conclusie.

In de gesprekken met deskundigen bleek ook bij de meeste geïnterviewden de voorkeur te bestaan voor het ontwerpen van aparte registratiesystemen voor het doen van epidemiologisch onderzoek.

5.7.2.3 Bestuurlijke informatie

De meeste informatie voor dit doel is te vinden in de jaarverslagen van de verschillende organisaties. Deze zijn niet op elkaar afgestemd, zodat een geïntegreerd beeld van de gang van zaken binnen de jeugdgezondheidszorg niet goed te verkrijgen is.

Ten aanzien van de kraamzorg maakt de geneeskundige hoofdinspectie jaarlijks een overzicht van het aantal verzorgingen dat vanuit de kraamcentra is verricht. Voor de CB's zij verwezen naar de jaarverslagen van de kruisverenigingen en van de Geneeskundige Hoofdinspectie, en voor de schoolgeneeskundige diensten naar de jaarverslagen van deze diensten. Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft een aantal richtlijnen hiervoor uitgegeven, opdat deze jaarverslagen beter vergelijkbaar zijn.

De ziekenfondsen beschikken over gegevens betrekking hebbend op de verrichtingen die via de AWBZ betaald worden. In de overeenkomst met de Ziekenfondsraad zijn voorwaarden opgenomen ten aanzien van de informatie die door de kruisinstellingen aan de Ziekenfondsraad dient te worden geleverd.

5.7.3 Knelpunten

Door de grote verscheidenheid aan organisaties binnen de jeugdgezondheidszorg is er weinig onderlinge afstemming op het gebied van de informatieverzameling, -verwerking en -uitwisseling. Als één van de knelpunten wordt door verschillende mensen ook gewezen op een gebrek aan uniformiteit, waardoor de beschikbare gegevens niet optimaal kunnen worden benut. Door sommigen wordt gesteld dat het ten minste nodig is een minumpakket van te registreren variabelen vast te stellen die door iedereen op uniforme wijze worden vastgelegd.

Van der Meeren (1979) stelt, dat het gewenst zou zijn landelijk één uniforme medische kaart in te voeren die met het kind mee zou moeten gaan. Klomp (1980) stelt, dat informatie-overdracht, gelet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, aan strikte regels gebonden dient te zijn.

Velen in de jeugdgezondheidszorg blijken zich af te vragen wat het nut van de registratie is. Dit kan oorzaak zijn van gebrekkige en onvolledige registratie van gegevens.

Door velen wordt de wenselijkheid van het doen van epidemiologisch onderzoek in de jeugdgezondheidszorg onderschreven. Weinigen vinden dat dit met behulp van de bestaande registratiesystemen mogelijk of wenselijk is.

5.7.4 Conclusie

De jeugdgezondheidszorg bereikt een groot deel van de doelgroep en ziet deze regelmatig en gedurende vele jaren.

Onderzoek teneinde de voorwaarden te formuleren, die kunnen leiden tot een betere longitudinale registratie van bevindingen in de jeugdgezondheidszorg lijkt dringend gewenst. Hierbij zou gekeken kunnen worden naar de omvang en inhoud van een zgn. basispakket van te registreren variabelen en naar de mogelijkheid om te komen tot landelijke invoering van een gemeenschappelijke medische registratiekaart.

Onderzoek zou gedaan moeten worden naar de mogelijkheden om op verantwoorde wijze gebruik te maken van gegevens uit de jeugdgezondheidszorg voor het doen van epidemiologisch onderzoek.

Er bestaat weinig inzicht in omvang van mankracht en middelen in de jeugdgezondheidszorg. Dit wordt onder meer veroorzaakt door een gebrek aan onderlinge afstemming van de gegevensstroom. Het lijkt gewenst dat onderzoek gedaan wordt naar een landelijk in te voeren registratiesysteem van mankracht en middelen in de jeugdgezondheidszorg. Over het functioneren van de organisaties binnen de jeugdgezondheidszorg is weinig bekend. Onderzoek zou antwoord kunnen geven op de vraag naar de informatie-overdracht tussen de voorzieningen van jeugdgezondheidszorg, en naar de informatie-overdracht tussen deze voorzieningen en voorzieningen die niet gerekend worden tot de jeugdgezondheidszorg, maar die zich wel met de zorg voor gezondheid en welzijn van jeugdigen bezighouden.

6. ONTWERP VAN EEN PROGRAMMA VOOR ONDERZOEK BETREFFENDE DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is aandacht besteed aan een aantal aspecten van de organisatie en werkwijze van de jeugdgezondheidszorg. Resumerend kan worden gesteld dat er op allerlei terreinen van de jeugdgezondheidszorg vragen zijn van zeer uiteenlopende aard. Als belangrijkste probleem kan hier naar voren worden gebracht dat niet vaststaat welke taken in de collectief-preventieve zorg voor jeugdigen moeten worden verricht. Dit geldt echter niet voor immunisaties en enkele goed geëvalueerde screeningen (PKU, CHT), waarover in brede kring overeenstemming bestaat. Het niet algemeen aanvaard zijn van de inhoud van het werk in de jeugdgezondheidszorg blijkt onder meer uit het feit dat de gevolgde activiteitenprogramma's op een niet-systematische manier op veel onderdelen uiteenlopen. Allereerst echter dient een antwoord gevonden te worden op de vraag welke doelen aan de activiteiten van de jeugdgezondheidszorg ten grondslag (dienen te) liggen en welke effecten in de doelgroep moeten worden bereikt teneinde de gezondheid van de totale bevolking te behouden en bevorderen.

De vraag naar onderzoek op het terrein van de jeugdgezondheidszorg, zoals geformuleerd door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg heeft een duidelijke achtergrond: op het niveau van de 'praktijk' is er behoefte aan een goed vastgelegd activiteitenprogramma en op beleidsniveau liggen vragen die te maken hebben met een streven naar de meest doelmatige organisatie van de gezondheidszorg als geheel. De effectiviteitsvraag speelt een rol, omdat voor de jeugdgezondheidszorg als specifiek deelgebied aangegeven moet worden in hoeverre een bepaald op preventie en opsporing gericht takenpakket het beste kan worden ingepast in het totale stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen.

Onderzoek, hoe gericht en zorgvuldig geprogrammeerd ook, kan geen antwoord geven op alle onzekerheden die er ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg bestaan. Via onderzoek is slechts tot op zekere hoogte antwoord te verkrijgen op de beleidsrelevante vragen. Het is duidelijk dat

hetgeen men met jeugdgezondheidszorg wil bereiken mede afhankelijk is van de waarden die men in het algemeen in de samenleving door het aanbieden van deze vorm van zorg wil realiseren. Het gaat hierbij om een politiek besluitvormingsproces, waarbinnen een stelsel van doelen wordt geformuleerd. Wel is het zo, dat onderzoek een bijdrage kan leveren tot de besluitvorming door middel van het aandragen van relevante gegevens. De mogelijkheden om de hierboven genoemde centrale beleidsvragen (zoals de vraag naar het effect van de jeugdgezondheidszorg) te beantwoorden door middel van onderzoek zijn echter beperkt.

Een probleem is dat het nut van de jeugdgezondheidszorg alleen kan worden uitgedrukt met behulp van afgeleide parameters en indicatoren, die slechts op indirecte wijze iets zeggen over de bereikte effecten; de kindersterfte is zover teruggedrongen dat deze niet (meer) als een parameter voor de effecten is te gebruiken. De hoge participatiegraad van de jeugdgezondheidszorg - meer dan 90% van alle zuigelingen wordt op het CB gezien - blijkt voor velen geen argument te zijn voor een positieve beoordeling. Bovendien wordt verondersteld dat juist de groep van wegblijvers een hoog percentage risicodragers bevat, die door de jeugdgezondheidszorg niet worden bereikt.

Het te ontwerpen programma van onderzoek zal erop gericht moeten zijn een bijdrage te leveren aan de beantwoording van de hiervoor samengevatte beleids- en praktijkvragen. Het spreekt vanzelf dat er een keuze moet plaatsvinden uit de veelheid van onderwerpen die zich aandient. Leidraad bij deze keuze is de mate van beleids- en praktijkrelevantie van de uit te voeren projecten, de onderzoekstechnische haalbaarheid ervan en de vraag in hoeverre het onderwerp zich laat inpassen in de algemene probleemstelling, c.q. onderzoeksvragen, zoals die zijn samengevat in de inleiding van dit rapport.

In het navolgende wordt eerst een schematische indeling van de probleemvelden weergegeven. Vervolgens worden terreinen en vragen van onderzoek vermeld.

6.2 Schematische indeling van de probleemvelden

In de voorgaande paragraaf zijn enige beleidsrelevante problemen op verschillende gebieden van de jeugdgezondheidszorg naar voren gekomen. Ten-

einde een overzicht te verkrijgen is het zinvol om de probleemvelden schematisch in te delen (schema 2, pag. 54).

De activiteiten in de jeugdgezondheidszorg kunnen worden onderscheiden in cliëntgebonden activiteiten en voorwaarden-scheppende activiteiten. Daarnaast worden ook epidemiologisch onderzoek en beleidsadvisering tot taakgebieden van de jeugdgezondheidszorg gerekend. Volgens velen dient epidemiologisch onderzoek te geschieden los van de routinematige zorgverlening en gegevensvastlegging in de jeugdgezondheidszorg. Vanwege deze aparte plaats is ervan afgezien om het epidemiologisch onderzoek in hetzelfde schema te plaatsen als de zorgverlening. Gezien de weinig afgegrensde positie die de beleidsadvisering inneemt is deze functie evenmin in het schema opgenomen.

De cliëntgebonden activiteiten zijn te onderscheiden naar:

1. de leeftijdscategorie van de doelgroep:

- prenataal
- perinataal en postnataal
- zuigelingenleeftijd
- peuter- en kleuterleeftijd
- schoolleeftijd
- boven de schoolleeftijd

2. de soort van de verleende zorg:

- | | |
|---|--------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- immunisaties- periodiek geneeskundig onderzoek, vroegtijdige onderkenning, advisering- screeningen- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, anticiperende begeleiding | } met bijbehorende registratie |
|---|--------------------------------|

Om deze cliëntgebonden activiteiten mogelijk te maken zijn voorwaarden-scheppende activiteiten vereist, zoals:

- bemanning + opleiding + (bij)scholing
- administratie
- samenwerking met anderen
- financiering
- organisatorische vormgeving.

Nadrukkelijk wordt erop gewezen dat de presentatie van de jeugdgezondheidszorg in een aantal activiteitsvelden geen waarde-oordeel impliceert over de inhoud.

De weergegeven activiteitsgebieden kunnen vanuit verschillende invalshoeken worden gezien:

- doelstellingen - taken
- methodieken/methoden - werkwijzen
- effecten - effectiviteit
- samenhang
- beleid
- institutioneel kader.

De probleemvelden van de jeugdgezondheidszorg kunnen in een 'driedimensionaal' beeld schematisch worden weergegeven. Dit 'functioneel schema van de jeugdgezondheidszorg' (schema 2) staat op pagina 54.

De combinatie van dit 'functionele schema' met het 'schema van voorzieningen ten behoeve van jeugdigen' (zie paragraaf 4.2) kan dienen als hulpmiddel bij het verkrijgen van een overzicht van die problemen in de jeugdgezondheidszorg die door zowel structurele/institutionele als functionele aspecten worden gekenmerkt.

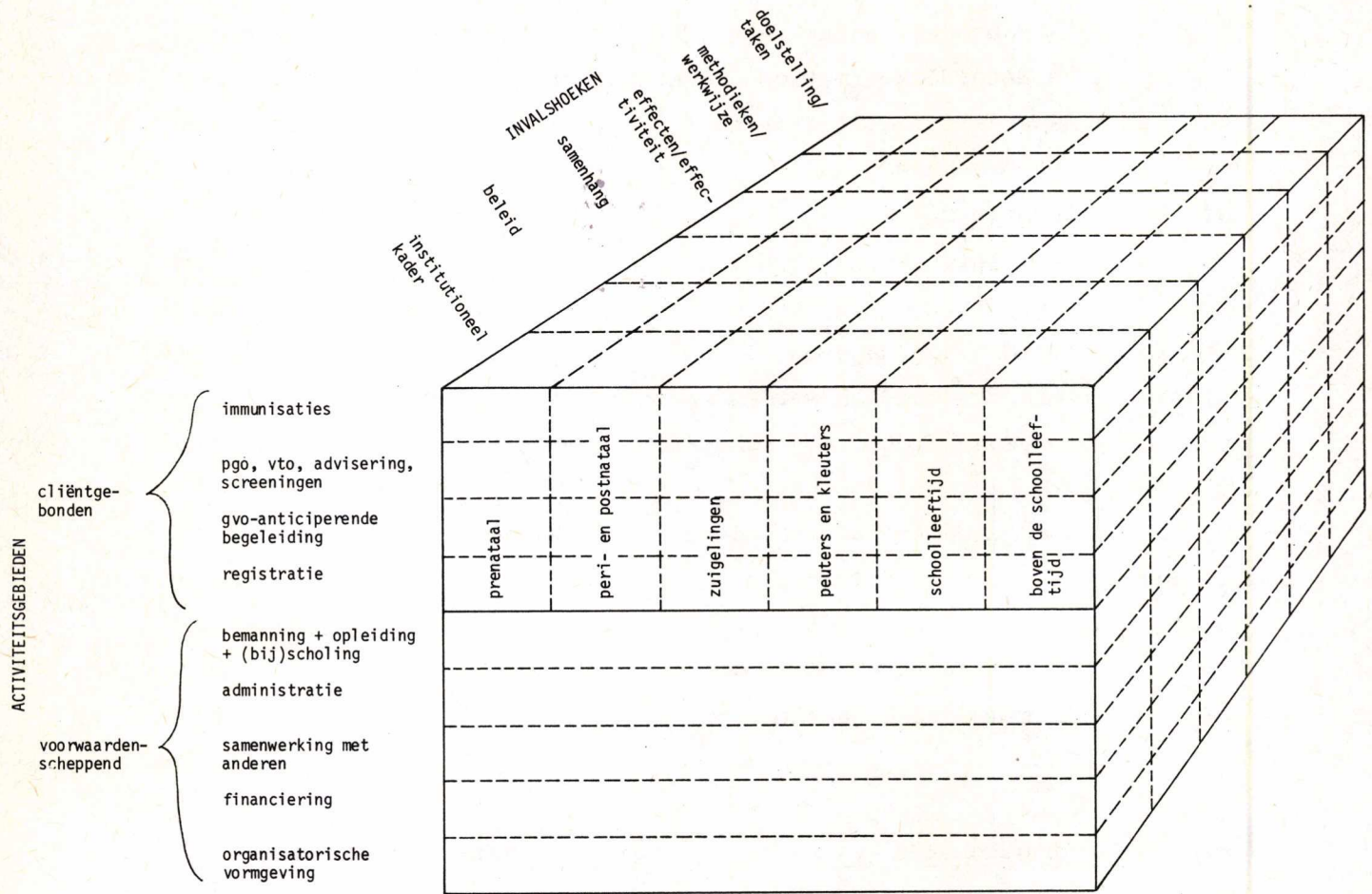
6.3 Uitgangspunten voor een programma van onderzoek

Bij het opstellen van het hiernavolgende ontwerp van een onderzoeksprogramma is er vanuitgegaan dat de inhoud en taken dienen te worden afgeleid uit de doelstelling van de jeugdgezondheidszorg. De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg dient te worden gezien tegen de achtergrond van deze doel- en taakstelling.

Omdat de inhoud van de jeugdgezondheidszorg niet vaststaat, zullen de inhoud en doelstellingen van de jeugdgezondheidszorg een centrale plaats in het onderzoek moeten innemen. Dit strookt met de beleidsvisie, zoals die tot uitdrukking is gekomen in de adviesaanvraag aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, waarin wordt gevraagd naar de uit te voeren taken (zie paragraaf 5.2).

De cliëntgebonden activiteiten van de jeugdgezondheidszorg worden gekenmerkt door het periodieke contact waarmee het volgen van groei, ontwikkeling en gezondheidstoestand van een kind in de opeenvolgende leeftijdsfasen het beste mogelijk is. Dit voor de jeugdgezondheidszorg essentiële kenmerk dient uitgangspunt te zijn voor de longitudinale programmering

Schema 2. Functioneel schema van de jeugdgezondheidszorg



en zal ook doorwerken in de voorwaardenscheppende activiteiten. In een onderzoeksprogramma waarin men zich a priori beperkt tot een bepaalde leeftijdscategorie kan het longitudinale karakter van de zorgverlening en de longitudinale samenhang niet tot zijn recht komen. Daarom moet een onderzoeksprogramma zo nauw mogelijk aansluiten op dit essentiële kenmerk van het object van onderzoek (longitudinale zorg) en dus de zorgverlening ten aanzien van alle leeftijdscategorieën tot onderwerp van studie maken. Hierbij kan men zich eventueel beperken tot bepaalde niet-leeftijdsgelaten groepen, zoals bijvoorbeeld gehandicapte kinderen en kinderen van buitenlandse werknemers. Bij de hiernavolgende ordening van de onderzoeksonderwerpen is de indeling in 'activiteitsgebieden' (zie schema 2) gevolgd om zo het longitudinale karakter van de jeugdgezondheidszorg tot zijn recht te doen komen.

6.4 Onderzoek naar de cliëntgebonden activiteiten

Onderzoek naar de cliëntgebonden activiteiten van de jeugdgezondheidszorg kan zich richten op het gehele pakket, dan wel op een deel daarvan.

6.4.1 Onderzoek naar het gehele pakket cliëntgebonden activiteiten

Voor onderzoek naar het gehele pakket van de cliëntgebonden activiteiten doen zich vier mogelijkheden voor:

1. *populatiegericht, epidemiologisch onderzoek naar de gezondheidsproblemen van de jeugd;*
2. *onderzoek naar de effecten van de jeugdgezondheidszorg op de gezondheidstoestand van groepen in de bevolking;*
3. *onderzoek naar de motivatie, verwachtingen en satisfactie in de bevolking (doelgroep, gebruikers);*
4. *onderzoek naar de feitelijk uitgevoerde taken in de jeugdgezondheidszorg.*

De eerste mogelijkheid - populatiegericht epidemiologisch onderzoek - kan slechts ten dele de vraag beantwoorden op welke gezondheidsproblemen de jeugdgezondheidszorg zou moeten en kunnen inspelen. Daarvoor is het

terrein waarop de jeugdgezondheidszorg zich richt te uitgebreid. Epidemiologisch onderzoek op het gehele terrein waarop de jeugdgezondheidszorg zich richt (somatische en psycho-sociale preventie) is niet goed haalbaar. Veel relevante informatie over de gezondheidsproblemen van de jeugd is reeds bekend uit speciaal daarop gerichte studies. Maar ook van de werkers die met jeugdigen te maken hebben, zou informatie te verkrijgen zijn.

Een beleidsrelevante onderzoeksvraag betreft dan de weg waarlangs verspreid verkregen inzichten in de gezondheidstoestand van de jeugd kunnen worden gebundeld en operationeel gemaakt voor de jeugdgezondheidszorg.

De tweede mogelijkheid - onderzoek naar de effecten van de jeugdgezondheidszorg op de gezondheidstoestand van groepen in de bevolking - zal op grond van de problematische definitie van het begrip 'gezondheidstoestand van de bevolking' en de daaruit voortvloeiende onvolkomenheden in operationalisering ervan, hier niet verder worden uitgewerkt.

De derde mogelijkheid voor onderzoek betreft de motivatie, verwachtingen en satisfactie van diegenen voor wie de jeugdgezondheidszorg voor 0-3-jarigen is bedoeld. De bevindingen uit dit soort onderzoek (Rasker-Krijgsman, 1978; Everaars & Van der Neut-van Noordenburg, 1978; Van Vliet & Bultje-Meiring, 1979; Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1980) lijken erop te wijzen dat de geboden zorg globaal aan de verwachtingen van de gebruikers beantwoordt. Hierop zou ook het hoge deelnamepercentage kunnen wijzen.

Verder onderzoek op het gebied van motivatie, verwachtingen en satisfactie van de gebruikers van de jeugdgezondheidszorg voor 0-3-jarigen zou gezien moeten worden tegen de achtergrond van de reeds verkregen inzichten en zou zich kunnen richten op meer specifieke aspecten van de jeugdgezondheidszorg (bijvoorbeeld omschreven taakgebieden, aparte groepen binnen de totale doelgroep, zoals chronisch zieke of gehandicapte kinderen, kinderen van buitenlandse werknemers).

De vierde mogelijkheid - onderzoek naar de feitelijk uitgevoerde taken in de jeugdgezondheidszorg - zou behalve tot een verdieping van het inzicht in de uitvoering kunnen leiden tot inzicht in het relatieve beslag van de diverse taakgebieden op tijdsbesteding en middelen. De aldus verkregen gegevens zouden kunnen bijdragen aan het schetsen van alternatieven voor de taakstelling in de jeugdgezondheidszorg.

Conclusie

Onderzoek gericht op het gehele pakket van de cliëntgebonden activiteiten in de jeugdgezondheidszorg lijkt weinig perspectief te hebben. Dit geldt niet voor onderzoek naar de toepassing van verworven inzichten in de gezondheidstoestand van jeugdigen op de activiteiten van de jeugdgezondheidszorg en onderzoek naar de feitelijk uitgevoerde taken.

6.4.2 Onderzoek naar de cliëntgebonden activiteiten op deelgebieden

Onderzoek kan geschieden naar:

- immunisaties
- periodiek geneeskundig onderzoek en advisering, vroegtijdige onderkenning, en screeningen
- anticiperende begeleiding en GVO
- registratie
- zorgverlening aan subgroepen binnen de doelgroep.

Onderzoek naar *immunisaties* wordt verricht door het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (RIV), deels in samenwerking met het NIPG/TNO.

Wat betreft het *periodiek geneeskundig onderzoek, VTO en screeningen* kan worden nagegaan:

- de bijdrage aan vroegtijdige onderkenning;
- de voor- en nadelen van verschillende methodieken (periodiek geneeskundig onderzoek, het herziene Van Wiechen-schema, de Ewing-test en de Boeltest; biometrie (het meten van lichaams-lengte, gewicht, hoofdomvang));
- registratie als hulpmiddel bij vroegtijdige onderkenning.

Op het gebied van *anticiperende begeleiding en GVO* kan onderzoek worden verricht naar:

- de activiteiten die zowel tijdens de CB-zittingen als daarbuiten verricht worden;
- effecten in termen van gedragsverandering met een gezondheidsbevorderend karakter in de populatie;
- de verhouding tussen de ingebouwde en cursorische GVO in de jeugdgezondheidszorg (onder andere met het oog op financiering, mankracht, deskundigheden en registratie).

Wat betreft de *registratie* kan onderzoek geschieden naar:

- de eisen waaraan longitudinale registratie moet voldoen;
- de feitelijke registratie;
- de nodige waarborgen ter bescherming van de privacy van de cliënten.

Onderzoek naar de *zorgverlening aan subgroepen binnen de doelgroep* kan zich onder andere richten op:

- gehandicapte kinderen;
- kinderen van buitenlandse werknemers (op het NIPG/TNO wordt op dit gebied reeds onderzoek verricht).

6.5 Onderzoek naar de voorwaardenscheppende activiteiten

Onderzoek naar de voorwaardenscheppende activiteiten in de jeugdgezondheidszorg kan zich richten op:

- bemanning, opleiding en (bij)scholing
- administratie
- samenwerking met anderen
- financiering
- organisatorische vormgeving.

Onderzoek naar het complex van *bemanning, opleiding en (bij)scholing* kan geschieden naar:

- eisen wat betreft kwantiteit en kwaliteit, te stellen aan de uitvoerders;
- feitelijk aantal en aard van de uitvoerders;
- de taakverdeling op het niveau van de uitvoering;
- de aansluiting van de opleidingen (bij)scholingen aan de praktijk;
- de wenselijkheid van differentiatie van het werk van de wijk-verpleegkundige.

Onderzoek naar de *administratie* kan zich richten op de behoefte aan informatievoorziening ten behoeve van planning, beleid en beheer (waaronder gegevens aangaande mankracht, middelen en financiën).

Onderzoek naar de *samenwerking met anderen* kan geschieden naar:

- de aansluiting van de opeenvolgende leeftijdsgebonden onderdelen van de jeugdgezondheidszorg;

- de samenwerking met en informatie-overdracht aan curatieve voorzieningen in het eerste en tweede echelon en de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, welzijn en onderwijs;
- verwijzing en follow-up ten behoeve van VTO.

Voor onderzoek naar de *financiering* van de jeugdgezondheidszorg komen de volgende terreinen in aanmerking:

- de kosten van de jeugdgezondheidszorg, toegespitst op de daarin gebruikte methoden en middelen in verschillende uitvoerings- en organisatorische kaders;
- de effecten van de wijziging van de financiering van de schoolgezondheidsdiensten op de schoolgezondheidszorg;
- de invloed van de verplichte eigen bijdrage op het deelnemen aan jeugdgezondheidszorg voor 0 - 3-jarigen;
- de invloed van de scheiding van de financiering van zuigelingen-kleuterzorg (AWBZ) en schoolgezondheidszorg (gemeenten) op samenhang en continuïteit van die zorg.

Organisatorische vormgeving wordt als gerichte voorwaardenschappende activiteit beschouwd. Onderzoek zou kunnen worden ingesteld naar:

- de organisatie van de ondersteuning van het uitvoerende werk in de jeugdgezondheidszorg;
- de eisen die aan een beleidsstructuur ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg dienen te worden gesteld.

Mogelijkheden en wenselijkheden van *epidemiologisch onderzoek* in de jeugdgezondheidszorg zouden moeten worden nagegaan, waarbij tevens de plaats van *beleidsadvisering* in de jeugdgezondheidszorg aan de orde zou dienen te komen.

7. EEN VOORLOPIGE KEUZE VAN ONDERZOEKSONDERWERPEN

7.1 Inleiding

In hoofdstuk 6 is een schets gegeven van een breed georiënteerd onderzoeksprogramma betreffende de jeugdgezondheidszorg. Een keuze uit de daar genoemde onderwerpen ten behoeve van de voortzetting van het NIPG-project is daarin nog niet gemaakt. In dit hoofdstuk wordt de voortzetting van het NIPG-project nader aangeduid. Rekening is hierbij gehouden met de volgende beperkende factoren:

- Het onderzoek zal gegevens moeten opleveren die van belang zijn voor de beleidsontwikkeling.
- Het operationele programma zal haalbaar moeten zijn binnen het tijdsbestek van het project en tevens methodologisch uitvoerbaar.

7.2 Toespitsing

Het streven naar beleidsrelevantie, dat ten grondslag ligt aan de onderwerpkeuze van onderzoek in het project "Organisatie en werkwijze van de jeugdgezondheidszorg" brengt met zich mee dat inhoud en taakstelling van de jeugdgezondheidszorg aan onderzoek moeten worden onderworpen. In hoofdstuk 6 is aangegeven dat onderzoek naar de inhoud van de jeugdgezondheidszorg zich kan richten op het gehele takenpakket dan wel op gedeelten daarvan. De projectgroep heeft in eerste instantie gekozen voor onderzoek op gedeelten van het takenpakket, omdat een dergelijke aanpak het voordeel biedt van een meer afgebakende en gerichte opzet.

In de eerste plaats komt het complex van activiteiten aan de orde, dat omvat: periodiek geneeskundig onderzoek, vroegtijdige signalering en onderkenning, en screeningen. In het rapport "VTO-samenwerking in opbouw" (1981) werd geconstateerd dat het voortraject van uiteindelijke opvang, onderzoek, begeleiding en behandeling van kinderen met ontwikkelingsstoornissen nog onvoldoende is geëxploreerd. Gezien de nauwe samenhang van het functioneren van de CB's voor zuigelingen en kleuters met curatieve en met andere preventieve voorzieningen, zullen de samenwerkings-

en verwijspatronen met die voorzieningen in de voorgestelde opzet moeten worden betrokken.

Een belangrijk uitgangspunt voor de keuze van onderzoeksonderwerpen is, naast de inhoud van het takenpakket, het longitudinale karakter in de zorg. Het herziene Van Wiechen-schema voor onderzoek van de ontwikkeling van zuigelingen en kleuters, voldoet aan deze uitgangspunten. Dit schema is gefundeerd op gestandaardiseerde referentiewaarden van ontwikkelingsmerken die zijn verzameld bij Nederlandse kinderen op CB's (NIPG, 1980). Daar dit instrument binnenkort op grote schaal zal worden ingevoerd is evaluatie noodzakelijk.

Naast het min of meer 'reguliere' periodiek geneeskundig onderzoek naar groei, ontwikkeling en gezondheidstoestand op de CB's, worden bij zuigelingen en kleuters ook gerichte screeningen op afwijkingen verricht. Een screeningstest die de laatste jaren steeds meer wordt toegepast, is de 'Ewing-test' op gehoorstoomissen. Hoewel deze test al vele jaren wordt toegepast, is er nog geen volledig inzicht in de waarde van de test. Op verzoek van de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind te Amsterdam wordt op het ogenblik door de projectgroep een evaluatie van de Ewing-test voorbereid.

Onderwerpen betreffende de organisatorische aspecten van de jeugdgezondheidszorg die in eerste instantie dienen te worden onderzocht, zullen primair worden afgeleid van de inhoudelijke eisen die aan de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg moeten worden gesteld. Voor wat betreft de vroegtijdige signalering en onderkenning zijn de samenwerkings- en verwijshrelaties tussen CB's en andere voorzieningen van belang. In dit geheel dienen uiteraard ook anderen, die beroepsmatig met de betreffende leeftijdsgroep te maken hebben, betrokken te worden. Dit betekent dat de organisatorische inbedding van de jeugdgezondheidszorg in het geheel van gezondheidszorg- en welzijnsvoorzieningen in het onderzoek zal worden opgenomen.

Bij het onderzoek naar de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg 'in georganiseerd verband' zal voorts ook worden gekeken naar het functioneren van de ondersteuning vanuit de provinciale kruisorganisaties (taken en wijze van functioneren in organisatorisch en inhoudelijk opzicht).

7.3 Conclusie

Samengevat is het voornemen het onderzoek in eerste instantie voort te zetten met de volgende onderwerpen:

- onderzoek naar de inhoud van de jeugdgezondheidszorg, zoals die wordt uitgevoerd op de CB's voor zuigelingen en kleuters, wat betreft het complex van activiteiten, dat omvat: periodiek geneeskundig onderzoek, vroegtijdige signalering en onderkenning, en screening;
- onderzoek naar het 'voortraject' in de vroegtijdige opsporing, onderkenning, opvang en begeleiding van kinderen met ontwikkelingsstoornissen;
- een studie naar inhoud en organisatie van activiteiten in het kader van de ondersteuning van de uitvoerende jeugdgezondheidszorg voor 0 - 3-jarigen;
- een evaluatie van methoden van zintuigonderzoek (een evaluatieve studie van de 'Ewing-test' op gehoorstoornissen is in voorbereiding);
- een onderzoek naar inhoud en toepassing, bruikbaarheid en uitkomsten van het herziene Van Wiechen-schema.

LITERATUUR

- ANVSG, ALGEMENE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR SOCIALE GENEESKUNDE. Jeugd-gezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 52 (1974) 263-7
- BAECKE, J., M. VAN DONGEN & G. ZIELHUIS. Jeugdgezondheidszorg en epidemiologisch onderzoek; een onderzoek naar de mogelijkheden tot epidemiologisch onderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg. Wageningen, Landbouwhogeschool, Afd. Gezondheidsleer, 1978, Versl., Rapp., Scriptie en Nota's; 1978-34
- BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN. Nota schets van het beleid terzake van de basisgezondheidsdiensten. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 088, nrs. 1-2
- BODNAR, F.A., J. ENGBERTS, A.F. FELIX & I.C. MOOK-ENGEL. Impressies van ouderopvattingen omtrent het functioneren van een zuigelingenconsultatiebureau naar aanleiding van invoering van de nieuwe stijl. Den Haag, Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1980
- BRUYEL, W., & A.F.W. VAN MEURS. Konsultatie; instrument en perspectief. Den Haag, Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1978.
- CBS, CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Gegevens Kruisorganisaties (incl. Kraamcentra) 1978. Maandstat.Bevolking Volksgezondh. juli 1980
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Nota van de Commissie organisatie positieve en preventieve gezondheidszorg voor de jeugd. Rijswijk, 24 sept. 1975.
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Situatieschets betreffende de jeugdgezondheidszorg. Rijswijk, 1977.
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Rijswijk, 1979.
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies inzake de Schets van het beleid terzake van de basisgezondheidsdiensten. Rijswijk, 1980.
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Rapport inzake kwantitatieve verschuivingen in de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg (1974 - 1977). 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980. Versl. Adv.Rapp. (1979) no. 74
- COMMISSION ON CHRONIC ILLNESS. Chronic illness in the United States; vol. 1. Prevention of chronic illness. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1957.
- DOELEMAN, F. The health care system in the Netherlands. Comm.Med. 2 (1980) 46-56
- DUYNE, W.M.J. VAN, W.P. HERNGREEN, G.J. VAANDRAGER & F.J. VEENHOF. VTO-samenwerking in opbouw; een onderzoek naar structuur en functioneren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden gericht op de vroege onderkenning, begeleiding en behandeling van kinderen met een bedreigde of gestoorde ontwikkeling. Leiden, NIPG-TNO, 1981.

ETTEN, G.M. VAN. De relatie onderzoek en beleid in de gezondheidszorg in Nederland. Gezondheid & Samenleving 1 (1980) 74-82

EVERAARS, A.W., & A.C.M. v/d NEUT-v. NOORDENBURG. Zuigelingenbureau, waarom niet? Een onderzoek naar de motivatie van ouders (moeders) in de stad Groningen, die niet met hun kind naar het zuigelingenbureau gaan. Groningen, Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap, R.U. Groningen, 1978. ISMW-Rapport 78-SS-273

GEMENGDE INTERDEPARTEMENTALE WERKGROEP JEUGDWELZIJSBELEID. Startnota jeugdwelzijnsbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.

GEMENGDE INTERDEPARTEMENTALE WERKGROEP JEUGDWELZIJSBELEID. Jeugdwelzijn op weg naar samenhangend beleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1976.

GEMERT, M.J. VAN. Schoolverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg; geschiedenis en toekomst. T.soc.Geneesk. 58 (1980) 135-43

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Verslagen jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar Nederland, 1974-1978. Leidschendam, Ministerie van Volksgezondheid & Milieuhygiëne, 1976-1980.

GEZONDHEIDSRAAD. Rapport periodiek geneeskundig onderzoek. Versl.Volksgezondh. (1960) 1523-48

GRAAF, H. DE. Levensecht toegepast onderzoek. Intermediair 16 (1980) (31 okt.) 49-59

HARTGERINK, M.J. Naar een complementair systeem van zorg. In: Berg, T. van den, e.a. Zorg voor een gezonde jeugd; preventieve geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Bloemendaal, Nelissen, 1980. Hfst. 2, pp. 23-9

HUYSMAN-RUBINGH, R.R.R., & T.R.A.M. WAGENAAR. Wensen en mogelijkheden in de jeugdgezondheidszorg. I + II. Doeltreffendheid en doelmatigheid van de schoolartsdienst; een aanzet. T.soc.Geneesk. 55 (1977) 590-5; 669-73

KLOMP, J. Van conceptie tot volwassenheid; een niet te stuiten stroom van medische gegevens? T.Gezondheidsrecht (1980) no. 6, 225-31

KONING, C., M. VAN LEEUWEN, J. MACKENBACH, J. PIETERS & H. TEUNISSEN. Basisgezondheidsdiensten en epidemiologie. Leiden, NIPG-TNO, Afd. Onderwijs, 1980. Groepsscriptie basiscursus sociale geneeskunde 1980

LAAR, F VAN. Rommelen in de marge. T.soc.Geneesk. 58 (1980) 1

LANDELIJKE COMMISSIE V.T.O. VTO-structuren; verslag van een veldonderzoek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1978. ISR-3a

LANDELIJKE COMMISSIE V.T.O. Eerste rapport. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979. ISR-3

LANDELIJKE COMMISSIE V.T.O. Eindrapportage t.b.v. het Eerste Nationale Congres V.T.O. op woensdag 29 april 1981. Leidschendam, Ministerie van Volksgezondheid & Milieuhygiëne, 1981.

- LAD, LANDELIJKE VERENIGING VAN ARTSEN IN DIENSTVERBAND. Dienstverband voor consultatiebureau-artsen in het kruiswerk. Med.Contact 35 (1980) 346-51
- LEENEN, H.J.J. Structuur en functioneren van de gezondheidszorg. Alphen a/d Rijn etc., Samsom, 1979.
- MEDISCH REGIONAAL CENTRUM, Werkgroep Basisechelon. Nota jeugdgezondheidszorg. Maastricht, 1979.
- MEEREN, W.B.J.M. VAN DER. Heilige koeien. T.soc.Geneesk. 43 (1965) 493
- MEEREN, W.B.J.M. VAN DER. Aspecten van longitudinale registratie, bezien vanuit de jeugdgezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 57 (1979) 74-7
- MEEREN, W.B.J.M. VAN DER. Beleid in jeugdgezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 58 (1980) 133
- MEEREN, W.B.J.M. VAN DER. Basisgezondheidsdiensten en jeugdgezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 59 (1981) 2-4
- MEEREN, W.B.J.M. VAN DER, & H.P. VERBRUGGE. Jeugdgezondheidszorg. In: Tordoir, W.F. (red.). Sociale geneeskunde in de praktijk; 2e herz.dr. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1980. Hfst. 3, pp. 71-114
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling. Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 15 540, nrs. 1-2
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie bijzondere ziektekostenverzekering. Staatscourant, 27 dec. 1979, nr. 250
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Circulaire van de staatssecretaris van 1 aug. 1980, nr. 158029, betreffende het geneeskundig schooltoezicht; aan de schoolartsen. Leidschendam, 10 okt. 1980.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Financieel overzicht van de gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1985. Leidschendam, 1980.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Schets van de eerste lijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nrs. 1-2
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Besluit erkenningsnormen kruisorganisaties. Leidschendam, 1 juni 1981.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Memorie van toelichting op de begroting 1981. Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 400, hfst. XVII
- MOULIJN-JOUSTRA, L. Verslag enquête gebruik CB-kaarten door schoolartsen. (niet gepubliceerd)

- NATIONALE KRUISVERENIGING. Uitgangspunten en beleidsaanbevelingen voor de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk. Utrecht, 1977.
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Samenvatting provinciale reacties; verwerkte reacties op de discussienota "Uitgangspunten en beleidsaanbevelingen voor de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk". Bunnik, 1980.
- NEDERLANDS INSTITUUT VOOR KINDERSTUDIE. Konsultatie; nadrukken. Den Haag, 1975.
- NEDERLANDSE BIBLIOGRAFIE OVER JEUGDGEZONDHEIDSZORG 1945-1965; 1966-1975; 1976-1980. Leiden, NIPG-TNO, 1966; 1981.
- NEDERLANDSE BOND VOOR MOEDERSCHAPSZORG EN KINDERHYGIËNE, Subcommissie Jeugdgezondheidszorg. Jeugdgezondheidszorg; inhoud en uitvoering. Utrecht, 1972.
- NHG, NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. Jeugdgezondheid...wiens zorg? Huisarts & Wetensch. 22 (1979) 433-5
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG. Het specifieke van een psycho-sociale jeugdzorg; eerste nota van de Werkgroep Psycho-sociale Jeugdzorg. Utrecht, 1977.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG. Samenvatting van de reakties op de startnota "Het specifieke van een psycho-sociale jeugdzorg" van de Werkgroep Psycho-sociale Jeugdzorg. Utrecht, 1978.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Memorandum terzake van het ontwerp van "Wet voorzieningen gezondheidszorg". T.soc.Geneesk. 55 (1977a) 313
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Nota "Visie jeugdgezondheidszorg 1977". Rotterdam, 1977b.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Jeugdgezondheidszorg; doelstellingen, knelpunten, toekomst. Rotterdam, 1978.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Brief aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en naar de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid. T.soc.Geneesk. 58 (1980) 882-3
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Jaarverslagen 1970 t/m 1980. Rotterdam.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KINDERGENEESKUNDE. Beleidsnota kindergeneeskunde. Amsterdam, 1977.
- PHAFF, J.M.L. Evaluation of health care; preventive health care for preschoolchildren. (nog niet gepubliceerd)
- POT, H. Rendement en kosten geneeskundig schoolonderzoek. T.soc.Geneesk. 51 (1973) 367-9
- PROJECT JEUGDVERPLEEGKUNDIGE I, een bijeenkomst van deelnemers aan het project jeugdverpleegkundige I. T.soc.Geneesk. 59 (1981) 364

- RAAMNOTA JEUGDBELEID. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 284, nrs. 1-2
- RAAMNOTA JEUGDBELEID; samenvatting en reacties. Jeugd & Samenleving 10 (1980) 653-69
- RASKER-KRIJGSMAN, M.P. Wie zorgt voor de gezondheid van de jonge kinderen? Assen, Van Gorcum, 1978.
- SCHETS VAN HET BELEID TERZAKE VAN DE BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN. Zie: BASISGEZONDHEIDSZIENSTEN.
- SCHLESINGER-WAS, E.A., & J.C. VAN WIERINGEN. Psychomotorische ontwikkeling van zuigelingen en kleuters op drie consultatiebureaus in de stad Utrecht; eindrapport. Leiden, NIPG, 1980.
- SPRUNDEL, Th. VAN. Informatie over informatiesystemen. Maatsch.Gezondheidsz. 4 (1976) 466-7
- STRUCTUURNOTA GEZONDHEIDSZORG. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974. Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, nrs. 1-2
- VALL, M. VAN DE. Sociaal beleidsonderzoek; een professioneel paradigma. Alphen a/d Rijn, Samsom, 1980.
- VALL, M. VAN DE, & B. VAN DIJKUM-DE JONG. Het rendement van sociaal beleidsonderzoek. Alphen a/d Rijn, Samsom, 1979
- VEDER-SMIT, E. Openingstoespraak; gehouden op de Toogdag Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 57 (1979) 38-40
- VLIET, W.E. VAN, & J.E. BULTJE-MEIRING. Kleuterconsultatiebureau's in de stad Groningen; een onderzoek in negen wijken naar de verwachtingen van ouders t.a.v. het kleuterbureau en hun motivatie om dit bureau al dan niet te bezoeken. Groningen, Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap, R.U. Groningen, 1979. ISMW-Rapport 77-SS-12
- VOORHOEVE, H.W.A. Het zuigelingen consultatiebureau welke stijl? Den Haag, Vereniging Interkruis Zuid-Holland, 1979.
- VTO-samenwerking in opbouw. Zie: DUYNE, W.M.J. VAN, et al.
- WAFELBAKKER, F. Schoolgezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 49 (1971) 406
- WAFELBAKKER, F., R.L. VAN VOORTHUIJSEN & J.C. VAN WIERINGEN. Project "Jeugdverpleegkundige"; eindverslag. Leidschendam etc., Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid etc., 1974.
- WERKGROEP JEUGDGEZONDHEIDSZORG (PROJEKT VEENDAM). Regionale jeugdgezondheidszorg; taken, organisatie en werkwijze van de gezondheidszorg voor jeugdigen. Veendam/Groningen, Provinciale Groninger Vereniging "Het Groene Kruis" etc., 1974.
- WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG; regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg; tweede nader gewijzigd ontwerp van wet; met de Memorie van Antwoord bij het herziene ontwerp van Wet voorzieningen gezondheidszorg, 1979. Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 14 181, nr. 80

- WIERINGEN, J.C. VAN. Onderzoek "Evaluatie werkwijze consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters"; interimrapport "Schema van werkzaamheden en taakverdeling". Leiden, NIPG-TNO, 1968. (Herz.dr. 1970)
- WIERINGEN, J.C. VAN. Longitudinale observatie, begeleiding en medische registratie in jeugdgezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 51 (1973) 358-63
- WIERINGEN, J.C. VAN. Integratie van preventief onderzoek in de gezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 56 (1978) 27-31
- WIERINGEN, J.C. VAN. Jeugdgezondheidszorg, "gemotiveerd" bevolkingsonderzoek. T.soc.Geneesk. 57 (1979) 41-3
- WIERINGEN, J.C. VAN. Jeugdgezondheidszorg als instrument van preventie. T.soc.Geneesk. 58 (1980) 52-5
- ZIEKENFONDSRAAD. Opneming werk van kruisinstellingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Amstelveen, 1978. Uitg.Ziekenfondsraad; 95

BIJLAGEN

blz.

Bijlage 1.	Brief van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg aan de directeur van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, d.d. 29 augustus 1979	71
Bijlage 2.	Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevrouw E. Veder-Smit, aan de directeur van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, d.d. 1 april 1980 . .	72
Bijlage 3.	Lijst van gebruikte afkortingen	75
Bijlage 4.	Verklaring van gebruikte termen	76
Bijlage 5.	Verantwoording van de gevolgde werkwijze	78
Bijlage 6.	Lijst van geraadpleegde personen en instanties . . .	80
Bijlage 7.	Samenvatting van de provinciale reacties op de vragen gesteld door de projectgroep "Organisatie en werkwijze van de jeugdgezondheidszorg" NIPG/TNO . .	83

**NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG**

Secr.: G.G. en G.D., Postbus 70032, 3000 L.P. Rotterdam
tel. 010 - 135000, tst. 252 (dienst)
010 - 225531

Rotterdam, 29 augustus 1979.

Ons nr.:

Uw nr.:

dd.

Onderwerp:

Dr M.J. Hartgerink,
Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg
Wassenaarseweg 56
2333 AL LEIDEN

Bij deze wend ik mij tot u met het volgende.

Zoals u bekend zal zijn houdt de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zich op verzoek van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid al enige jaren bezig met het vraagstuk van de organisatie van de jeugdgezondheidszorg. Helaas echter zijn de twee daartoe achtereenvolgens ingestelde commissies van genoemde Raad nog niet gekomen tot duidelijke uitspraken.

Binnen onze vereniging is, mede gezien ontwikkelingen op andere gebieden van gezondheidszorg en welzijn, in toenemende mate behoefte aan het ontwerpen van een "organisatiemodel" voor jeugdgezondheidszorg. Wij weten dat u geïnteresseerd bent in de organisatie van de jeugdgezondheidszorg. Tevens heeft uw Instituut een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg en zijn er vele verschillende disciplines binnen uw Instituut gebundeld.

Namens het bestuur verzoek ik u of het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg de organisatie van de jeugdgezondheidszorg in studie wil nemen. Wij zouden het zeer op prijs stellen wanneer u zich over de mogelijkheden daartoe zoudt willen beraden en wij zijn gaarne bereid hiervoor ons verzoek nader mondeling toe te lichten.

Namens het bestuur.

Mw. dr N.W. Dekema-Klaasse,
secretaris.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Leidschendam - Dokter Reijersstraat 12 - Tel. (070) 20 92 60 - Telex 32362 v m nl - Telegramadres VENM
Correspondentie uitsluitend: Postbus 439, 2260 AK Leidschendam

Aan de Directeur van het Nederlands Instituut
voor Praeventieve Gezondheidszorg T.N.O.,
Wassenaarseweg 56,
Postbus 124,
2300 AC LEIDEN.

uw kenmerk

uw brief

ons kenmerk Nr. 155270
DG Vgz/AGZ/SGZ

onderwerp Onderzoek jeugdgezondheidszorg
betreffende V.T.O. samenwerkings-
verbanden.

datum 1 april 1980

Het is u bekend dat recentelijk inzake Jeugdgezondheidszorg adviezen zijn uitgebracht die op onderdelen nader onderzoek vereisen en dat voorts verzoeken zijn ontvangen ter financiering van projecten.
Het betreft hier het volgende:

- het eerste rapport van de Landelijke Commissie VTO;
- het Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen (voor 0-3 jarigen);
- het voorstel tot onderzoek naar de effectiviteit van het geneeskundig schooltoezicht op instigatie van de Werkgroep Effectiviteit Jeugdgezondheidszorg;
- andere voorstellen zoals bijvoorbeeld voortzetting van het project Veendam en honorering van het VTO-project Groningen, voor welk laatste voorstel gelden ter beschikking staan binnen de uitvoering van het Integraal Structuurplan Noorden des Lands.

Ten behoeve van een versnelde beleidsontwikkeling heb ik er inderdaad behoefte aan dat op korte termijn beleidsrelevante vragen via onderzoek worden beantwoord.

Mede om die reden acht ik samenhang in de op te zetten deelonderzoeken gewenst en wel zodanig dat in de tijd gezien in logische volgorde beleidsbeslissingen genomen kunnen worden.

Een en ander vereist planning c.q. prioriteitenstelling ten aanzien van de onderzoeksvragen.

Daartoe denk ik in beginsel aan een programma van onderzoek ten behoeve van de gehele jeugdgezondheidszorg, aan de hand waarvan kan worden gezien wie op welk tijdstip welk deelonderzoek kan uitvoeren.

Naar aanleiding van het verzoek van de Landelijke Cie. VTO ter financiering van onderzoek is inmiddels op instigatie van het Praeventiefonds overleg gepleegd met u en medewerkers van uw Instituut waaruit is gebleken dat u ter beschikking gestelde ruimte voor onderzoek onder andere besteed zal worden aan jeugdgezondheidszorg. Hiertoe is een concept-totaalplan ter bespreking

met het Praeventiefonds opgesteld, dat overigens nog nadere uitwerking behoeft.

Ik stel het zeer op prijs dat voorts is gebleken dat u mijn bovengenoemde gedachtengang inzake de te volgen procedure onderschrijft en dat u bereid bent in uw onderzoeksplan met voorrang het volgende te betrekken:

- structuur en taak van de regionale multidisciplinaire VTO samenwerkingsverbanden, alsmede de relatie van deze verbanden met de Consultatiebureaus voor zuigelingen en voor kleuters naar aanleiding van het Eerste rapport van de Landelijke Cie. VTO ter verkrijging van gegevens ten behoeve van het eindadvies van deze Cie.

Gezien het belang van dit onderzoek voor het departementale beleid ben ik gaarne bereid mijn medewerking te verlenen aan een zodanige procedure dat de verschillende verantwoordelijkheden ten opzichte van dit onderzoek tot uiting komen.

Daartoe lijkt het mij een goede gedachte dit departement als eerste belanghebbende te laten fungeren en kan ik instemmen met een begeleidingscommissie, waarin vertegenwoordigers zitting hebben van uw Instituut, de Landelijke Commissie VTO, het Staatstoezicht en dit departement, welke belast zal zijn met de volgende taken:

- het vaststellen van de voor de belanghebbenden relevante vraagstelling;
- het leveren van beleids- en velddeskundigheid naar de onderzoekers;
- het bewaken van de vraagstellingen c.q. doelstellingen van het onderzoek;
- het stimuleren van c.q. toezien op de voortgang van het onderzoek;
- het fungeren als gesprekspartner voor de onderzoekers.

Voorts lijkt het mij in de rede te liggen dat in deze commissie tevens wordt gezien welke VTO-projecten ten behoeve van welk aspect bij de uitvoering van het onderzoek zullen worden ingeschakeld.

Het lijkt mij overigens gewenst de omvang van deze commissie tot 6 leden (exclusief secretariaat) te beperken.

Voorts ga ik er van uit dat de definitieve samenstelling kan worden vastgesteld in de eerstvolgende vergadering van de inmiddels voorlopig geformeerde commissie.

Tenslotte stem ik er gaarne mee in dat het voorzitterschap zowel als het secretariaat van deze begeleidingscommissie desgewenst worden vervuld door ambtenaren van de Directie Algemene Gezondheidszorg.

Volledigheidshalve vermeld ik nog dat uiteraard uw onderzoeksinstituut de verantwoordelijkheid draagt voor

- de onderzoeksopzet en de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek;
- de aan mij te richten voortgangs- alsmede de eindrapportage, die tevens ter beschikking komen van de Landelijke Cie. en de begeleidingscie.

Met betrekking tot het overige noodzakelijke onderzoek in het gebied van de Jeugdgezondheidszorg geef ik er de voorkeur aan uw eerder genoemde totale onderzoeksplan in mijn overwegingen te betrekken en vervolgens de verdere prioriteiten vast te stellen, zodat beslissingen kunnen volgen die ook van betekenis zijn voor mijn antwoord aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

Uw bereidheid tot samenwerking heb ik zeer op prijs gesteld.

Afschrift van deze brief zend ik ter informatie aan het Praeventiefonds
en de Landelijke Cie. VTO.

De Staatssecretaris van
Volksgezondheid en Milieuhygiëne,

E. V. K. G. (i) .

Lijst van gebruikte afkortingen

AGGZ	ambulante geestelijke gezondheidszorg
AWBZ	algemene wet bijzondere ziektekosten
CB	consultatiebureau (voor zuigelingen, kleuters)
CHT	congenitale hypothyreoïdie (zie pag. 77)
DGD	districtsgezondheidsdienst
GG & GD	gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie
GVO	gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
JAC	jongeren adviescentrum
JPD	jeugdpsychiatrische dienst
MKD	medisch kleuterdagverblijf
MOB	medisch opvoedkundig bureau
NIPG/TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
NVJG	Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg
pgo	periodiek geneeskundig onderzoek
PKU	phenylketonurie (zie pag. 77)
VTO	vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen

Verklaring van gebruikte termen

Jeugdarts: arts ingeschreven in het Register van Sociaal-Geneeskundigen, tak jeugdgezondheidszorg.

Jeugdgezondheidszorg: "de individueel en collectief gegeven longitudinale preventieve zorg gericht op de gehele jeugd en gebaseerd op via epidemiologie verkregen inzichten" (Memorie van Toelichting op de begroting 1980 - 1981 van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne).

Longitudinale begeleiding: begeleiding waarbij het kind wordt gevolgd in de opeenvolgende leeftijdsfasen.

Longitudinale registratie is die vorm van vastleggen van gegevens waarvoor het verloop in de tijd van de geregistreerde gegevens gevolgd kan worden (Van der Meeren, 1979).

Screening: "The presumptive identification of unrecognized disease or defect by application of tests, examinations or other procedures which can be applied rapidly. Screening tests sort out apparently well persons who probably have a disease from those who probably do not. A screening test is not intended to be diagnostic. Persons with positive or suspicious findings must be referred to their physicians for diagnosis and necessary treatment." (Commission of Chronic Illness, 1951).

Integrale zorg: zorg waarbij men zich richt op het kind in al zijn aspecten (somatisch, psychisch, sociaal).

Herziene Van Wiechen-schema: een formulier voor de registratie van de psychomotorische ontwikkeling van 0 - 15 maanden.

Ewing-test: een screening test op gehoorstoornissen die wordt uitgevoerd op de leeftijd van negen maanden.

Boel-test: een communicatietest die wordt uitgevoerd op de leeftijd van acht maanden.

Congenitale hypothyreoidie: aangeboren verminderde of afwezige werking van de schildklier.

Phenylketonurie: een aangeboren stofwisselingsstoornis.

Verantwoording van de gevolgde werkwijze

Aan de uitvoering van het eerste deelonderzoek van het project "Organisatie en Werkwijze van de Jeugdgezondheidszorg" van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO is op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voorrang verleend ("VTO-samenwerking in opbouw", 1981).

Het overige deel van het project wordt in twee fasen uitgevoerd.

De eerste fase, de voorstudie, bestaat uit een oriëntatie op het brede terrein van de jeugdgezondheidszorg en een fundering voor voortzetting van het onderzoek, dat in de tweede fase wordt uitgevoerd.

In fase 1 is aan de hand van een literatuurstudie een probleemlijst opgesteld, waarmee een overzicht over de problemen werd verkregen. Op grond hiervan zijn vragen opgesteld, waarmee half gestructureerde interviews werden gevoerd met deskundigen uit het beleid en de praktijk. Deze deskundigen zijn aangezocht op grond van hun positie in (instanties van) de gezondheidszorg, opdat het geheel van beleids- en praktijkproblemen zo goed mogelijk aan de orde zou komen. Van ieder gesprek is een verslag gemaakt dat ter becommentariëring is verstuurd naar de desbetreffende gesprekspartner(s). De provinciale artsen jeugdgezondheidszorg (en hun teams) zijn schriftelijk benaderd met vragen (zie bijlage 7). In deze oriëntatie bleek dat de opgeworpen beleidsrelevante vragen het gehele terrein van de jeugdgezondheidszorg omvatten, dus alle aspecten van inhoud en uitvoering. Gaandeweg raakte de projectgroep onder de indruk van de breedte van het terrein van de jeugdgezondheidszorg en de complexiteit van de problemen.

Er is naar gestreefd om de breedte van het onderzoeksterrein tot zijn recht te doen komen door de lijst van de te raadplegen/geraadpleegde deskundigen samen te stellen in overleg met sleutelfiguren in beleid en praktijk. Uit het feit dat steeds vaker in de gesprekken reeds eerdergenoemde problemen naar voren kwamen, bleek dat een zekere mate van verzadiging was bereikt in de informatieverzameling. Tevens is het terrein van onderzoek afgebakend door vast te stellen welke omschrijving van het begrip 'jeugdgezondheidszorg' wordt gehanteerd in het project (zie hoofdstuk 4). Als essentiële kenmerken van de jeugdgezondheidszorg kwamen naar voren: het preventieve karakter, de longitudinaliteit en de gerichtheid op het collectief. Om pragmatische redenen is de oriëntatie geconcentreerd op de jeugdgezondheidszorg voor zuigelingen, kleuters en

en schoolgaande jeugd (dus minder op de prenatale zorg, de kraamzorg en de adolescentenzorg).

Om op de complexiteit van de problemen greep te krijgen, zijn vooreerst de in de literatuur aangetroffen problemen gerubriceerd. Deze rubricering is in een later stadium verder uitgewerkt tot de in paragraaf 6.2 gegeven schematische indeling in probleemvelden; in deze indeling komt het longitudinale karakter van de jeugdgezondheidszorg tot zijn recht. Als uitgangspunt is genomen dat de uitvoering en inhoud van de jeugdgezondheidszorg nauw samenhangen. Dit betekent dat uitvoeringsaspecten, zoals manpower, organisatie en structuur gezien moeten worden in relatie met de taken die (moeten) worden verricht ten aanzien van de doelgroep. Dit uitgangspunt behoeft geen verdere toelichting en is, waar nodig, expliciet gemaakt.

Uit de in hoofdstuk 2 t/m 5 gegeven analyse van de jeugdgezondheidszorg worden in de hoofdstukken 6 en 7 de consequenties getrokken voor verder onderzoek. In hoofdstuk 6 worden uit de verrichte analyse vragen en terreinen voor onderzoek afgeleid, rekening houdend met reeds verricht onderzoek. Hiermee is voldaan aan het verzoek van de staatssecretaris aan het NIPG om een programma van onderzoek betreffende de gehele jeugdgezondheidszorg te ontwerpen. In hoofdstuk 7 wordt de voortzetting van het NIPG-project nader aangeduid. Het is de bedoeling dat dit wordt besproken met in- en externe deskundigen.

Lijst van geraadpleegde personen en instanties

(De datum geeft de dag aan waarop het gesprek is gevoerd)

A. Instellingen en groepen

1. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (21 oktober 1980)

Dr. F.A. Vorst (hoofddirecteur gezondheidszorg)

Dr. J.M.L. Phaff (Geneeskundige Hoofdinspectie, hoofd van de afdeling Moederschapszorg)

Mr. Th.G.J. Elbertse (hoofd van de hoofdafdeling Basisgezondheidszorg)

Ir. J. Gerards (beleidsmedewerker van de hoofdafdeling Basisgezondheidszorg)

2. Geneeskundige Hoofdinspectie (18 november 1980)

Dr. J.M.L. Phaff (Geneeskundige Hoofdinspectie, hoofd van de afdeling Moederschapszorg)

A. Vrij, arts (Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Eerstelijnsgezondheidszorg)

3. Centrale Raad voor de Volksgezondheid (6 november 1980)

Dr. H. Festen (voorzitter)

Dr.Ir. J.P.M. van der Wolf (algemeen secretaris)

Mw Dr. C.P.F. Strijbos

4. De jeugdartsen van de Nationale Kruisvereniging (22 oktober 1980)

Mw J. Braaksma, jeugdarts

Mw Dr. C.Ch. ter Haar Romeny-Wachter

5. De provinciale artsen jeugdgezondheidszorg (schriftelijk benaderd)

6. Landelijke werkcommissie van de districtsverpleegkundigen kinderhygiëne (3 februari 1981)

Mw C. Groenewold-de Lange

Mw M.G.H. Jansen-Hofman

Mw A.H. de Nie

7. Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (28 oktober 1980)
Mw R.R.R. Huysman-Rubingh, arts (voorzitter)
Mw J.M.H. Verhagen-Flieringa, arts (vice-voorzitter)
Mw Dr. N.W. Dekema-Klaasse (secretaris)
Mw Dr. J. ten Berge-van der Schaaf (penningmeester)
Mw C.M. Fikkers-Witte, arts (lid)
8. Nederlands Huisartsen Instituut (12 november 1980)
S. van der Kooy, arts (directeur)
9. Nederlands Huisartsen Genootschap (12 november 1980)
E.H. van de Lisdonk, arts } beiden huisarts en werkzaam in het
A. Receveur, arts } Nijmeegs Instituut Huisartsgeneeskunde
10. Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (15 december 1980)
Drs. T.E.D. van der Grinten (directeur)
11. Nederlands Instituut voor Kinderstudie (17 november 1980)
A.H.J. Visch, arts-psychiater (directeur)
Mw J.E. Engberts (verpleegkundige)
Mw A.W. van Lanschot Hubrecht (pedagoog)
12. Secretariaat van de Ziekenfondsraad (29 oktober 1980)
Dr. C.W.A. van den Dool (hoofd secretariaat medische aspecten)
J.C. Kense, arts

Lijst van overige personen met wie gesprekken zijn gevoerd

1. Mw F. van Laar, arts (10 september 1980), hoofd opleiding jeugdgezondheidszorg, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

2. Dr. J.C. van Wieringen (13 oktober 1980), hoofd afdeling jeugd-gezondheidszorg GG & GD te Utrecht
3. W.B.J.M. van der Meeren, jeugdarts (16 oktober 1980), hoofd afdeling jeugdgezondheidszorg GG & GD te Eindhoven
4. Prof.Dr. G.A. de Jonge (3 november 1980), hoogleraar kindergeneeskunde, Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, Amsterdam
5. Mw S. Meesters-Timmerman (7 november 1980), jeugdarts, deskundige op het gebied van de gehandicaptenzorg in de jeugdgezondheidszorg
6. Mw M.J. van Gemert (13 november 1980), stafverpleegkundige bij de GG & GD te Eindhoven
7. T. van den Berg, andragoloog (26 november 1980), werkzaam bij de preventieve gezondheidszorg in RIAGG-verband te Boxmeer
8. Mw M. Lugt (26 november 1980), verpleegkundig beleidsmedewerker, subsectie jeugdgezondheidszorg van de Nationale Kruisvereniging
9. Prof.Dr. H.H. van Gelderen, kinderarts (3 december 1980), Academisch Ziekenhuis, Leiden
10. K. van der Meer (19 december 1980), huisarts te Rhoden, verbonden aan het Gronings Huisartsinstituut

SAMENVATTING VAN DE PROVINCIALE REACTIES OP DE VRAGEN GESTELD DOOR DE PROJECTGROEP "ORGANISATIE EN WERKWIJZE VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG", NIPG/TNO

A. Inleiding

In het kader van de voorstudie voor het project "Organisatie en werkwijze van de jeugdgezondheidszorg" van het NIPG/TNO werden instituties en personen geconsulteerd die een sleutelpositie in het beleid en de praktijk van de jeugdgezondheidszorg innemen. In overleg met mevrouw C.Ch. ter Haar Romeny-Wachter en mevrouw J. Braaksma, jeugdartsen van de Nationale Kruisvereniging, is ervoor gekozen om de provinciale artsen jeugdgezondheidszorg afzonderlijk te benaderen met schriftelijke vragen. Deze vragen die het gehele terrein van de jeugdgezondheidszorg bestrijken, zijn begin november 1980 toegezonden aan de provinciale artsen jeugdgezondheidszorg, waarbij de suggestie is gedaan andere betrokkenen, zoals districtsartsen en districtsverpleegkundigen, deel te doen nemen aan de beantwoording.

De gestelde vragen waren gericht op het verkrijgen van visies op problemen in de jeugdgezondheidszorg; hieruit volgt dat uit de gegeven opinie niet altijd kan worden afgelezen hoe de feitelijke situatie in de desbetreffende provincie is.

Op de vragen is gereageerd door negen provinciale artsen jeugdgezondheidszorg.

In de navolgende samenvatting wordt de volgorde van de gestelde vragen aangehouden. De verkregen informatie wordt zonder commentaar weergegeven. Bij het selecteren van de informatie voor deze samenvatting is er naar gestreefd om aan die informatie een ruime plaats te geven die betrekking heeft op problemen van landelijk niveau, of die van direct belang is voor het formuleren van onderzoeksvragen. Gegevens die betrekking hebben op provinciale bijzonderheden zijn niet minder belangrijk; zij kunnen echter in het bestek van deze samenvatting niet worden behandeld. Tevens werden in de reacties opmerkingen gemaakt die niet zijn in te passen in de gestelde vragen. Deze opmerkingen, die veelal een algemene strekking hebben, worden apart samengevat.

Kortheidshalve zullen bij de bespreking van de antwoorden vaak de gebieden ("provincies") worden vermeld van waaruit de vragen zijn beantwoord

en hierbij zullen de volgende afkortingen worden gebruikt:

D	Drenthe
Ge	Gelderland
Gr	Groningen
N-B	Noord-Brabant
T	Twente
U	Utrecht
W-O	West-Overijssel
Z	Zeeland
Z-H	Zuid-Holland

B. Algemene opmerkingen in de reacties

Vanuit de provincie West-Overijssel werd gesteld dat geen verpleegkundige zitting heeft in de projectgroep; uit de opstelling van de vragen blijkt dan ook niets van enige verpleegkundige inbreng. Tevens wordt geen melding gemaakt van een mogelijk aanwezige begeleidingsgroep. Er is dringend behoefte aan meer wetenschappelijk onderzoek wat betreft de uitvoering (van de inhoud) van het werk; te veel handelen zou berusten op traditie.

Vanuit Utrecht werd gesteld dat nieuwe dingen in de toekomst uitgeprobeerd moeten worden in de vorm van goed evalueerbare projecten om te kunnen bijsturen op basis van deugdelijke onderzoeksgegevens.

In één provincie (Gr) zou de volledige staf van de dienst met de medische directeur 'in conclaaf' gaan over inhoud, organisatie en uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Hier heeft één van de CB-artsen van de directie als opdracht gekregen een onderzoek te doen naar de wijze waarop zuigelingen zorg wordt uitgeoefend in de ons omringende landen om hieruit mogelijk een model te vormen voor onze eigen zuigelingen zorg.

Er bestaat behoefte aan instrumenten met behulp waarvan wensen en kritische kanttekeningen van de 'consumenten' van de jeugdgezondheidszorg gestructureerder dan tot nu toe achterhaald kunnen worden (U).

Het lijkt zinvol om de landelijke discussie over de eisen, te stellen aan CB-artsen, te systematiseren waarbij scholing en bijscholing kan worden meegenomen (U).

In het kader van de kwaliteitsbewaking is te noemen het grote belang van een doelmatige registratie (U, Z), waarbij een landelijk systeem dienstig is (U).

Er zijn onduidelijkheden en onzekerheden omtrent de nieuwe financieringsvorm via de AWBZ (U).

Binnen het kader van de opname van het kruiswerk in de AWBZ zijn thans definitieve normen vastgesteld voor het bezoek aan zuigelingen- en kleuterconsultatiebureaus. Deze normen zijn gebaseerd op de tot nu toe gebruikelijke gemiddelde onderzoektijd op een consultatiebureau, zonder enige relatering aan de wenselijke inhoud van het onderzoek. Dit wordt als een knelpunt ervaren (Ge).

Vanuit de provincie Zuid-Holland werd gesteld dat het niet langer juist is om in verband met jeugdgezondheidszorg te spreken van preventieve zorg in tegenstelling tot curatieve zorg. De moeder- en kindzorg geeft een totaal-pakket, waarin zowel positieve gezondheidszorg (bijvoorbeeld GVO) als curatieve gezondheidszorg (bijvoorbeeld advisering ten aanzien van lichte stoornissen) een plaats hebben.

C. De reacties op de gestelde vragen

Aan de provinciale artsen jeugdgezondheidszorg zijn vijf vragen gesteld die respectievelijk betrekking hebben op de volgende gebieden:

1. de inhoud van het werk op de CB's voor zuigelingen en kleuters;
2. de uitvoering van het werk op de CB's voor zuigelingen en kleuters;
3. aspecten van samenhang en samenwerking met andere (preventieve en curatieve) voorzieningen;
4. ontwikkelingen met betrekking tot de informatievoorziening.

In het navolgende zullen de reacties op de vragen per vraag worden samengevat.

C1. De inhoud van het werk op de CB's voor zuigelingen en kleuters

De vraag luidde als volgt:

"In hoeverre zouden tot het standaardpakket moeten horen:

- periodiek systematisch onderzoek (groei en ontwikkeling);
voeding;*
- toepassing van specifieke ontwikkelingstests (DOS, Boel en*

- het schema volgens Van Wiechen) en vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen;*
- GVO; opvoedingsadviezen;
 - anticiperende begeleiding met het oog op preventieve geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg;
 - inenting.

Welke van deze taakgebieden zouden tot een minimum-pakket moeten horen?

Is uniformiteit van de activiteitenprogramma's op de CB's wenselijk?"

Als inleiding op de beantwoording van deze vraag werd vanuit de provincie West-Overijssel gesteld dat de beleidsontwikkeling van deze provinciale kruisvereniging niet primair is gericht op de inhoud van het werk van de CB's, maar op de inhoud van het werk in het gehele veld van de kinderhygiëne, 0 - 4-jarigenzorg of moeder- en kindzorg; het werk op de consultatiebureaus is hiervan één, zij het belangrijk onderdeel. Hier wordt aan toegevoegd dat de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen gezamenlijk zorg dragen voor de totale populatie in de wijk, dus ook voor die kinderen die *niet* het consultatiebureau bezoeken.

De gewenste inhoud van een standaardtakenpakket op CB's voor zuigelingen en kleuters

Men was het erover eens dat tot het standaardtakenpakket behoren: periodiek systematisch onderzoek, GVO, adviezen over voeding en opvoeding, en anticiperende begeleiding. Verschil van inzicht betrof de wenselijkheid van screeningtests en het schema volgens Van Wiechen.

De vraag naar de inhoud van het *periodiek systematisch onderzoek* werd verschillend beantwoord.

In de beantwoording van de vragen werden niet alleen de in de vraag vermelde DOS- en Boeltest en het Van Wiechen-schema vermeld, maar ook de Ewing-test en de visusscreening volgens Loewer-Sieger.

Volgens vijf provincies behoort het schema volgens Van Wiechen tot het standaardtakenpakket. Dit schema wordt gezien als een hulpmiddel (longitudinale registratie) bij vroegtijdige onderkenning van ontwikkelings-

stoornissen. Volgens één provincie (T) moet het schema volgens Van Wiechen 'zonodig' worden gebruikt.

De DOS-test werd in één provincie (Z-H) als niet adequaat en door twee provincies (Z, U) als incidenteel hulpmiddel beschouwd.

Van de Boel-test moeten volgens twee provincies (U, Z-H) eerst meer gegevens bekend zijn alvorens deze test op grote schaal kan worden toegepast; de overige provincies vermeldden de Boel-test niet.

Over de Ewing-test werd verschillend geoordeeld. Door twee provincies wordt hij gerekend tot het standaardtakenpakket (Gr, W-O) en vanuit één provincie (Z-H) beschouwd als te arbeidsintensief en te persoonsgevoelig.

De visusscreening volgens Loewer-Sieger wordt door één provincie (Gr) tot het standaardtakenpakket gerekend.

Vanuit één provincie (Gr) werd gesteld dat het aanbeveling zou verdienen na te gaan of het periodiek geneeskundig onderzoek niet beperkt kan worden tot een aantal van 5 à 6 in de eerste 15 levensmaanden.

GVO, inclusief anticiperende begeleiding en adviezen voor voeding en opvoeding wordt algemeen gerekend tot het standaardtakenpakket. Door de respondenten worden onderscheiden:

- GVO tijdens de zittingen;
- GVO aan oudergroepen; dit hoort tot het standaardtakenpakket (W-O); hier zou een taak kunnen liggen voor wijkverpleegkundigen (W-O) en voor K en O-sters (Gr).

Uit de reacties van Groningen en Zeeland bleek dat de meningen verdeeld zijn over de vraag of *vaccinaties* het best kunnen geschieden tijdens de CB-zittingen dan wel op aparte entzittingen. Een argument vóór aparte entzittingen is dat er minder onrust op het bureau is. Argumenten vóór vaccinaties tijdens de CB-zittingen zijn: betere (contra-)indicatiestelling vooraf, beoordeling van het kind op het tijdstip van vaccinatie en grotere rust voor moeder en kind.

Door twee respondenten (Z-H, W-O) werd het standaardtakenpakket beschouwd als het minimumpakket.

De gewenstheid van uniformiteit van de activiteitenprogramma's op CB's

Uniformiteit werd algemeen, althans tot op zekere hoogte, gewenst geacht, en door één provincie (U) zelfs onvermijdelijk vanwege de opname van het kruiswerk in de AWBZ.

Als beperkingen aan het streven naar uniformiteit werden genoemd:

- de mogelijkheden en interessen van de uitvoerders (Z-H, W-O) en van de ouders (Z-H);
- de aard van de bevolking en de gezondheidsproblemen in de wijk (W-O);
- de noodzaak van experimentele onderzoeken, waarvoor flexibiliteit nodig is (N-B).

C2. De uitvoering van het werk op de CB's voor zuigelingen en kleuters

De vraag luidde als volgt:

"In de uitvoering van de zorg doen zich een aantal knelpunten voor die de kwaliteit en de kwantiteit betreffen. Als belangrijkste worden hier genoemd:

- opbouw en handhaving van het personeelsbestand, met name in de verpleegkundige sector;*
- het 'soort' arts dat op de CB's werkt, waarbij dient te worden gelet op de specifieke eisen van de georganiseerde jeugdgezondheidszorg en verschillen naar stedelijk of plattelandsgebied;*
- het bereik van CB's vooral met het oog op bedreigde groepen en minderheden;*
- bewaking en bevordering van de kwaliteit en inhoud van de zorg waaronder bijscholingen, opleidingen en trainingen;*
- de landelijke en provinciale ondersteuning van de CB-werkzaamheden.*

Welke knelpunten worden in Uw provincie als belangrijk ervaren? Zijn er maatregelen te noemen die in Uw provincie worden uitgevoerd of voorbereid om tot een oplossing te komen?

Zijn er algemene of specifieke gegevens te noemen door voor een

verdere beleidsontwikkeling noodzakelijk zijn, maar nu nog ontbreken?"

In de navolgende samenvatting worden de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten gerangschikt naar de deskundigheden: respectievelijk verpleegkundigen en artsen. De gesignaleerde knelpunten met betrekking tot de opleiding en bijscholing van artsen en verpleegkundigen worden te zamen genomen, omdat deze vrijwel samenvielen.

Aparte aandacht wordt besteed aan de ondersteuning, het bereik in de bevolking en aan de werkverdeling op het vlak van de uitvoering.

De werkverdeling

Een verbetering van de verdeling en afbakening van taken is gewenst (Z); in Groningen staat een voorstel hiertoe ter discussie.

De werkverdeling hangt onder andere af van persoonlijke factoren van de uitvoerders en van hun opleiding (D, Z-H).

Als bijlage bij de reactie van de provincie Zuid-Holland werd bijgevoegd "Het zuigelingen-CB, welke stijl?" (Voorhoeve, 1979). Hierin wordt opgemerkt dat het CB nieuwe stijl is aangevangen in de situatie dat er voldoende wijkverpleegkundigen waren, maar nog onvoldoende artsen waren; tegenwoordig is dit net andersom.

Kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van het personeel in de verpleegkundige sector

Vanuit twee provincies (W-O, U) werd gesignaleerd dat het aantal wijkverpleegkundigen onvoldoende is. Er is veel verloop onder (jonge) wijkverpleegkundigen (W-O, Gr). In Zeeland is 50% van de wijkverpleegkundigen ouder dan 50 jaar.

Om de hiaten te vullen worden verpleegkundigen-in-de-wijk ingeschakeld die echter extra begeleiding nodig hebben van de districtsverpleegkundige (Gr). Tevens vormt dit een grote belasting voor de collega-wijkverpleegkundigen (W-O).

Jeugdgezondheidszorg werd beschouwd als een specifiek onderdeel binnen het gevarieerde takenpakket van de wijkverpleegkundige (Z, U, W-O). Door

veel respondenten (D, Z-H, W-O, Gr, U, T) werd differentiatie in de zin van specificatie van het werk als een oplossing gezien. Hieraan werd de suggestie voor deeltijdbanen voor specifiek werkenden toegevoegd, vooral in die wijken waar de wijkverpleegkundige het kinderhygiënisch werk als een belasting ervaart en meer belangstelling heeft voor het curatieve werk (W-O). Er worden echter veel weerstanden gesignaleerd tegen differentiatie (D).

De keuze voor de all-round wijkverpleegkundige als uitgangspunt belemmert de (bij)scholing van de wijkverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg (D).

Kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van het artsenbestand

Als bezwaar tegen de '*jeugd-CB-arts*'/'*mevrouw-arts*' werden genoemd (W-O):

- het grote verloop
- neiging tot perfectionisme, doordat er weinig contact is met de curatieve thuiszorg; dit bezwaar geldt ook voor de *kinderartsen*.

Vanuit Groningen werd het verspreid werken over de provincie als bezwaar genoemd; daarom is daar als maatregel ingevoerd dat in de loop van 1981 elke CB-arts slechts in één district (= basiseenheid) bureaus zal mogen doen.

Over de *huisarts als CB-arts* werden verschillende opmerkingen gemaakt. In minder dichtbevolkte gebieden (Drente, Zeeland) zijn CB's veelal in handen van huisartsen die daar in het algemeen een geringe werktijd hebben. (In Zeeland wordt 89% van de zittingen geleid door een huisarts, 3% door een kinderarts en 8% door een mevrouw-arts of jeugdarts. In Drente wordt 30% van de zittingen geleid door een huisarts; hier zijn 104 huisartsen werkzaam op de CB's, die daaraan gemiddeld nog niet een halve dag per maand werktijd hebben.)

Als knelpunten ten aanzien van huisartsen als CB-arts werden genoemd:

- geringe werktijd op CB, zodoende onvoldoende praktijkervaring (onder andere voor VTO-taken) (Gr);
- geen dienstverband, geen taakomschrijving, bijscholing is niet verplicht te stellen (D, Gr);
- vooral bij kleuters minder tijd per kind besteed dan door de '*jeugd-CB-arts*' ten gevolge van onvoldoende aandacht (D).

Als oplossingen werden genoemd:

- een vast dienstverband (Z);
- (huis)artsen met een speciale belangstelling voor jeugdgezondheidszorg en grotere werktijd voor de jeugdgezondheidszorg (T, D);
- een periodieke bespreking van 'at-risk'-kinderen, zoals in West-Overijssel geschiedt (Gr);
- 10-daagse bijscholing en zich voegen in de organisatie van de jeugdgezondheidszorg (Z-H).

Opleiding en bijscholing van artsen en verpleegkundigen

De opleidingen van arts en wijkverpleegkundige zijn niet aangepast aan de praktijk; er zijn grote verschillen tussen de diverse opleidingsinstituten voor verpleegkundigen (W-O).

Extra vereisten ten aanzien van opleiding en bijscholing:

- met betrekking tot anticiperende begeleiding (Gr, Z-H): arts en verpleegkundige moeten goed op de hoogte zijn van de normale geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van kinderen (Z-H);
- de vragen rond de ontwikkeling van jonge kinderen (onder andere begeleiding ter zake van psycho-hygiëne) vereisen een specifieke scholing in gespreksvoering, met name exploratie- en adviesgesprek (D);
- collectieve GVO door wijkverpleegkundige (W-O);
- bijscholing is nodig met betrekking tot nu en wijze van registratie (Gr).

De ondersteuning op districts-, provinciaal en landelijk niveau

Door één provincie (Z-H) wordt gesteld dat er sinds de fusie van de kruisorganisaties sprake is van een verstevigde, uniforme, landelijke organisatie; verbetering van het werk wordt bereikt door samenwerking op plaatselijk niveau.

In andere provincies worden als knelpunten voor de ondersteuning genoemd:

- de vrijblijvendheid (Z);

- tekort aan mankracht, en overbelasting (W-O, U, Gr);
- onvoldoende contacten op landelijk niveau tussen districtsverpleegkundigen en districtsartsen ten aanzien van beleidspunten (W-O);
- ontbreken van specifieke opleiding districtsverpleegkundigen (W-O);
- vergrijzing van de districtsverpleegkundigen (Z).

Het zou zinvol zijn de taak van de provinciale functionarissen eens grondig door te lichten (U).

Aparte aandacht werd door een provincie (D) gegeven aan gezondheidscentra. Hier wordt gewerkt aan "een versterking en verbreding van het grondvlak met een accent op samenwerking", waaraan huisarts en wijkverpleegkundige deelnemen. Het risico bestaat dat dit de specifieke dienstverlening in het kader van de jeugdgezondheidszorg belemmert, omdat de band van de uitvoerders (huisarts en wijkverpleegkundige) met de kruisorganisaties verslapt; zij neigen tot minder identificatie met deze organisaties, voor wie zij bovendien minder bereikbaar worden.

Het bereik in de bevolking

Het werd een onjuiste zaak geacht om diegenen die niet een eigen bijdrage geven en die juist vaak tot een risicogroep behoren van het CB te weren (Z, W-O). Gevreesd wordt dat de deelname van kinderen van buitenlandse werknemers wordt belemmerd (Z), maar hierin bestaat nog geen inzicht (T, N-B, U). Vanuit Utrecht werd opgemerkt dat de stringente toepassing van deze regeling in de tijd van het beantwoorden van onderhavige vragen (omstreeks januari 1981) nog moest aanvangen. In Zeeland is de eigen bijdrage (nog) niet verplicht gesteld voor CB-bezoek. In Twente is met het Regionaal Ziekenfonds Twente afgesproken dat iedereen die aanvullend verzekerd is, tevens lid is van de kruisvereniging.

Ook bij de zgn. 'elitaire cliënten', die hun kind particulier door de huisarts laten controleren, ontbreekt adequate zorg (Z-H).

De neiging om bureaus te centraliseren in grote wijkgebouwen vermindert de 'herkenbaarheid' ervan voor de wijk, zodat de deelname afneemt, in het bijzonder van de sociaal zwakkere groepen (W-O).

C3. Samenhang en samenwerking met andere voorzieningen

Het gaat hier om problematiek van:

- longitudinale samenhang: de samenhang in de zorg die wordt verleend door opeenvolgende leeftijdsgebonden voorzieningen;
- transversale samenhang: de samenhang tussen voorzieningen die zich richten op dezelfde leeftijdsgroepen.

Longitudinale samenhang

Wat betreft de samenwerking tussen verloskundige zorg en kraamzorg enerzijds en de CB's voor zuigelingen anderzijds, liggen de problemen verschillend per provincie.

Als algemeen geldende knelpunten worden genoemd:

- onvoldoende medewerking van verloskundigen (Z-H); de gegevensoverdracht van verloskundigen naar CB's is ter discussie gesteld vanwege de privacy-gevoeligheid (N-B);
- het ontbreken van een landelijk uniform overdrachtsformulier (iedere provincie heeft zijn eigen formulier); dit belemmert een oplossing van de bovengenoemde samenwerkingsproblemen (Z-H);
- op provinciaal niveau is pas weer een stap te zetten als de resultaten van wat op landelijk niveau hieraan gebeurt, bekend zijn (Gr).

Als mogelijke oplossing werd genoemd:

- het komen tot landelijke afspraken en een landelijk uniform verloskundig formulier (Z-H).

Er werden verschillende provinciale activiteiten vermeld voor de aansluiting van verloskundige zorg, kraamzorg en zuigelingenverzorging (W-O, N-B, U, Z), waarbij in Zeeland, Noord-Brabant en Utrecht een provinciaal formulier wordt gebruikt.

De continuïteit in de aansluiting van zuigelingen-CB op kleuter-CB is niet overal gegarandeerd, omdat er verschillende artsen werkzaam zijn (Z).

Aan de continuïteit van de zorgverlening in de aansluiting van kleuter-CB op schoolartsendiensten wordt gewerkt middels globale uniforme richtlijnen, waarvan de details per regio worden ingevuld. Naar aanleiding

van een vraag van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is hiertoe aan de Nationale Kruisvereniging een voorstel gedaan door de provinciale artsen jeugdgezondheidszorg (Z-H). Een knelpunt in de aansluiting is het ontbreken van persoonlijk contact (W-O).

Transversale samenhang

Wat betreft de samenhang en samenwerking met voorzieningen die zich richten op dezelfde leeftijdsgroepen: hier blijkt een veelheid aan instanties en relaties te bestaan. De informatie-uitwisseling met de eerste- en tweedelijnsvoorzieningen is veelal problematisch. Er worden veel verschillende activiteiten ondernomen om samenhang en samenwerking te bevorderen, met name in de vorm van gestructureerde overlegsituaties (bijvoorbeeld: in Zeeland functioneert in één regio een 'regionaal be-raad', waarin participeren: medewerkers van de Dienst Jeugdgezondheidszorg, schooladvies- en begeleidingsdienst, schoolartsendienst, medisch kleuterdagverblijven, geestelijke volksgezondheid en sociaal pedagogische zorg teneinde te komen tot een meer op elkaar afgestemd beleid).

Betrokkenheid van de bestuurders

De mate waarin de bestuurders zijn betrokken bij deze samenhang-bevorderende activiteiten verschilt. In drie provincies is deze betrokkenheid er niet of nauwelijks (U, W-O, T); in Noord-Brabant wel, waarbij weerstanden tegen veranderingen worden ontmoet.

C4. De informatievoorziening

De vraag "Vindt U het van belang dat er gestreefd wordt naar een zodanige uniformiteit op het gebied van de registratie, dat gegevens omtrent de ontwikkeling van het kind longitudinaal worden vastgelegd?" werd in het algemeen bevestigend beantwoord. Door één provincie (Z-H) werden de voordelen van een losbladig dossier met één centrale administratie genoemd, hetgeen is gerealiseerd in Den Haag en Rotterdam. Registratie dient volgens één provincie (D) ook ruimte te bieden aan individuele en subjectieve ervaringen.

De vraag *"In hoeverre bestaat er inzicht in het bereik van de CB's?"* werd verschillend beantwoord.

In twee provincies (Z, W-O) is het bereik van de consultatiebureaus bekend. In één provincie (U) is voldoende inzicht in het bereik van het zuigelingen-CB, maar slechts gedeeltelijk inzicht in het bereik van het kleuter-CB. In twee provincies (Gr en N-B) maakte men schattingen. Vanuit één provincie (Z-H) werd gesteld dat de registratie van gegevens onvoldoende inzicht geeft in het aantal zittingen, het bereikte aantal kinderen, de beschikbare mankracht, het aantal consulten per zitting, de 'workload' per CB en per man-uur, etc.

Op de vraag *"Bestaat er in Uw kringen behoefte aan een landelijke invoering van geïntegreerde gegevensverwerking, zodat zowel de overdracht van gegevens tussen leeftijdsgebonden voorzieningen als de longitudinale begeleiding gewaarborgd is? Welke gegevens zijn met name van belang?"*

werd geantwoord dat een voorwaarde is dat de gegevens, die gebruikt worden voor landelijke verwerking, worden losgekoppeld van persoonsgegevens (Z). Dit geldt niet voor gegevens betreffende vaccinatie, en de screeningen (PKU, CHT, Ewing) (W-O). Aan de ene kant werd door één provincie (Gr) automatisering bepleit om het verkrijgen van statistische en epidemiologische gegevens te vergemakkelijken; de nieuwe gezondheidskaart voor zuigelingen en kleuters zou hierop moeten worden afgestemd; dit zou ook van nut zijn voor CB-teams om het eigen functioneren te evalueren.

Aan de andere kant werd door één provincie (D) het tegelijk mikken op longitudinale registratie en epidemiologische gegevensverzameling becritiseerd.

In één provincie (T) wordt landelijke invoering nog niet mogelijk geacht omdat de gegevensverzameling nog in de kinderschoenen staat.

De vraag *"Beschikt U over voldoende inzicht in de beschikbare mankracht en het gebruik van middelen (kosten en investeringen) in de jeugdgezondheidszorg?"* werd verschillend beantwoord.

Aan de ene kant had men geen inzicht hierin (Gr) of onvoldoende (Z-H).

Aan de andere kant had men wel inzicht in de beschikbare mankracht, maar minder in het gebruik van de middelen (mankracht, kwaliteit) (T). De kosten zijn bekend in twee provincies (W-O, Z).

De verzameling van beschikbare gegevens gaat moeizaam volgens één provincie (W-O).

Door één provincie (Z-H) wordt een uniform zittingsverslag met geautomatiseerde verwerking op regionaal of provinciaal niveau wenselijk geacht. In Utrecht wordt gewerkt aan het bijstellen van het administratieve systeem teneinde beter te kunnen inspelen op beleidsvragen.

Op de vraag *"Zijn er in Uw provincie initiatieven of beleidsontwikkelingen op het terrein van de informatievoorziening voor de jeugdgezondheidszorg?"* werd vermeld:

- een losbladig registratiesysteem per cliënt met één centrale administratie in de gemeenten Den Haag en Rotterdam;
- de introductie van een verpleegkundig overdrachtsformulier ten behoeve van de aansluiting ziekenhuis - kraamzorg - wijkverpleegkundige in Utrecht.

Een noodzakelijk, nog ontbrekend beleidsinstrument is registratie van de ontdekte 'pathologie', bijvoorbeeld via verwijzingskaarten of conform de schoolgezondheidsdiensten (Z-H).