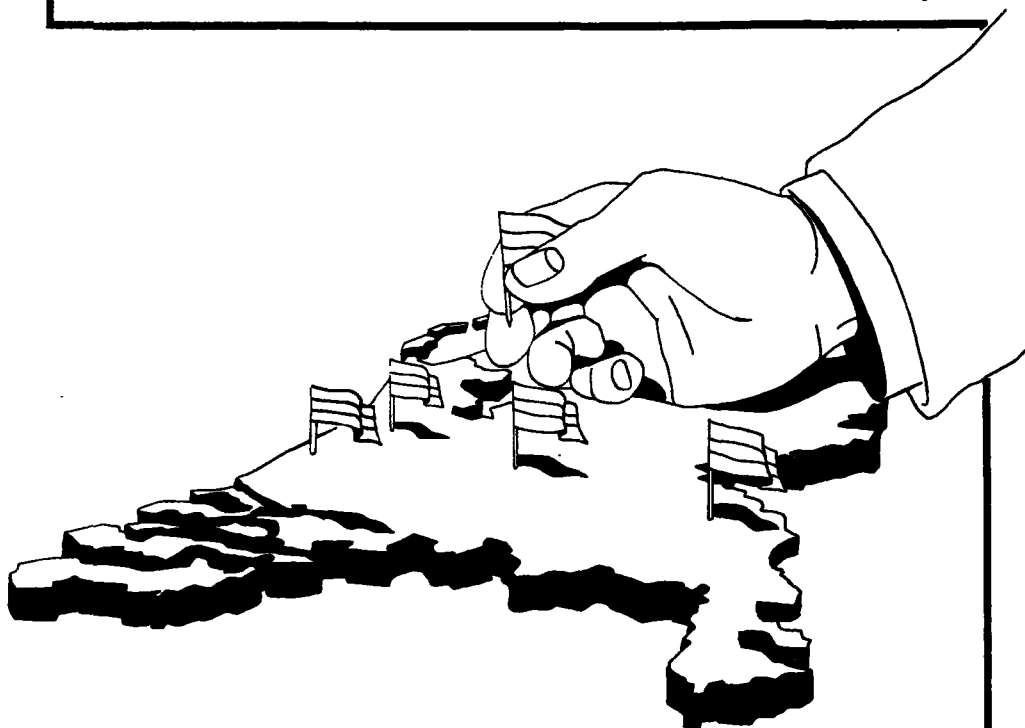


NON-PARTICIPATIE AAN PREVENTIEVE VOORZIENINGEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG (0-4jr)

Catharina M.Kuiper



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

Leiden

NON-PARTICIPATIE AAN PREVENTIEVE VOORZIENINGEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG (0-4jr)

Catharina M. Kuiper

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

september 1986

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124 2300 AC Leiden

Telefoon: 071 - 178888

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kuiper, Catharina M.

Non-participatie aan preventieve voorzieningen in de
jeugdgezondheidszorg (0-4 jr): een schets op basis van
verslagen van Nederlands onderzoek in de periode
1978-1985 / Catharina M. Kuiper. - Leiden: Nederlands Instituut
voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-086-2

SISO 614.23 UDC 614-053.3/.4(492)

Trefw. jeugdgezondheidszorg; Nederland; onderzoek.

© 1986 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publicatienummer 86017

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

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

INHOUD

blz.

VOORWOORD	I
1. INLEIDING	1
1.1 Probleemstelling	3
1.2 Opzet en uitvoering van de studie.	5
1.3 Indeling van het rapport	6
2. RESULTATEN VAN VELDONDERZOEK NAAR NON-PARTICIPATIE AAN PREVENTIEVE VOORZIENINGEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG (0-4 jr).	7
2.1 Veldonderzoek naar non-participatie. Algemeen. .	8
2.1.1 Omschrijving van non-participatie	8
2.1.2 Verzamelen van gegevens	11
2.2 Omvang van niet-(regelmatig) bezoeken van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters .	13
2.3 Omvang van niet-deelnemen aan de screening van het gehoor	18
2.4 Omvang van niet-deelnemen aan de inentingen. . .	21
2.5 Achtergronden van (non)-participanten aan pre- ventieve voorzieningen	24
2.6 Bespreking van de resultaten	31
3. THEORETISCHE ACHTERGRONDEN	35
3.1 Het model Fishbein & Ajzen	36
3.2 Het Health Belief Model (HBM).	39
3.3 Het Fear Drive Model (FDM)	50
3.4 Het Dual Process Model (DPM)	52
3.5 Conclusies	56
4. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	59
5. AANBEVELINGEN	66

INHOUD

blz.

LITERATUUR 71

BIJLAGEN 77

VOORWOORD

De consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters nemen een belangrijke plaats in binnen de Jeugdgezondheidszorg. De doelstelling van de Jeugdgezondheidszorg is de gezondheid en het welzijn van de jeugdigen te helpen bewaken, begeleiden en (zo mogelijk) te optimaliseren.

Deze zorg is gericht op de totale groep, waarbij wordt gestreefd naar een 100% bereik van de doel-populatie.

Het consultatiebureauwerk als vorm van preventieve jeugdgezondheidszorg voor de groep van 0-jaar tot schoolgaand wordt gerekend tot een activiteit welke dient te worden uitgevoerd door een kruisorganisatie.

De afgelopen jaren ontving de Nationale Kruisvereniging signalen, dat het bereik van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters terugloopt. Ook zouden risicogroepen uit de bevolking in mindere mate dan gewenst, gebruik maken van de consultatiebureaus. Ad hoc werd op diverse lokaties reeds onderzoek verricht naar de mate van gebruik van de aangeboden preventieve voorzieningen.

De Nationale Kruisvereniging heeft het NIPG-TNO verzocht een literatuurstudie te verrichten van Nederlands materiaal over het bereik van zuigelingen en kleuters door het consultatiebureau.

De feitelijke uitkomsten zijn geplaatst in een ruimer gedragswetenschappelijk kader betreffende het verschijnsel participatie/non-participatie.

Het rapport bevat aanbevelingen voor verdere activiteiten ter optimalisering van dit deel van de collectieve preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen.

Non-participatie aan preventieve voorzieningen in de jeugdgezondheidszorg 0-4jr.)

Een schets op basis van verslagen van Nederlands onderzoek in de periode 1978-1985.

1. INLEIDING

In Nederland is de gezondheidszorg zodanig geregeld, dat iedere ingezetene toegang heeft tot de preventieve voorzieningen, zoals die worden aangeboden door diensten en instellingen voor basisgezondheidszorg. Voor de 0-4 jarigen valt de uitvoering van deze zorg onder de verantwoordelijkheid van de Kruisvereniging; alleen in Amsterdam is de uitvoering in handen van de GG & GD.

Kenmerken van basisgezondheidszorg zijn onder andere:

- de groepsgewijze benadering waarbij het actief benaderen van de zorgpopulatie door de diensten en instellingen wordt benadrukt;
- de totale populatie of een risicogroep daaruit is doelgroep; gestreefd wordt naar een 100% bereik van deze doelgroep;
- de zorg is meer gericht op preventie dan op curatie.

Preventieve zorg voor jeugdigen wordt uitgeoefend door middel van:

- inenting;
- begeleiding van groei en ontwikkeling;
- beïnvloeding, in positieve zin, van de wisselwerking tussen gezondheid en milieu;
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- vroege opsporing van pathologie.

Teneinde deze werkzaamheden te kunnen verrichten wordt voor kinderen van 0-4 jaar een aantal faciliteiten geboden, zoals de consultatiebureaus voor zuigelingen (cbz) en kleuters (cbk), het uitvoeren van inentingsprogramma's en de screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyreoïdie (CHT) en van het gehoor. In bijlage 1 is een overzicht gegeven van het pakket van voorzieningen van de Kruisvereniging.

Sinds de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1980 is het lidmaatschap van de Kruisvereniging vereist om gebruik te kunnen maken van de gezondheidszorg zoals verstrekt door consultatiebureaus (cb). Uitzonderingen hierop zijn het recht op inentingen en screening op PKU en CHT. Vanaf 1980 zou er geen sprake meer mogen zijn van kosteloos gebruik maken van het cb. Onder werkers van instellingen voor de Jeugdgezondheidszorg bestaat de vrees, dat door het verplichte lidmaatschap het aantal ouders, dat met hun kind(eren) het cb bezoekt, afneemt. De directeur van de Provinciale Kruisvereniging Flevoland heeft een schrijven gericht aan de Nationale Kruisvereniging over een duidelijke afname van het aantal cb-bezoekende ouders. Hij veronderstelt, dat de invoering van de AWBZ-financiering (met vereist lidmaatschap van een Kruisvereniging) de oorzaak is van deze terugloop. Vertegenwoordigers van diverse instanties geven blijk van hun bezorgdheid over ongunstige effecten van de financiële bijdrage van de ouders op de bereikbaarheid van de cb's.

In de Tweede Kamer werden in november 1983 vragen gesteld over dit probleem (zie bijlage 2).

De kamervragen hebben er in december 1983 toe geleid, dat de Staatssecretaris van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur het bestuur van de Nationale Kruisvereniging verzocht onderzoek te doen naar het bereik van cb's, problemen van non-participatie en de invloed van de invoering van de AWBZ-financiering. Dit onderzoek is verricht onder niet-leden en ex-leden van lokale

Kruisverenigingen op verschillende plaatsen in Nederland. Uit het onderzoek blijkt onder meer dat van de in het onderzoek betrokken niet-leden 69% toch gebruik maakte van de consultatiebureaus (Knapen & Puts, 1984).

Ook van de ouders, betrokken in onderzoek naar het bereik van consultatiebureaus in Flevoland, zijn er een aantal, volgens eigen opgave, geen lid van de plaatselijke Kruisvereniging, terwijl zij wel het cb bezoeken (Van der Linde & Peters, 1984a). Het komt voor, dat de zorg vanuit het kruiswerk ook wordt verleend aan gezinnen, die noch lid zijn, noch een eigen bijdrage betalen. Dit betreft dan mensen uit de zogenaamde sociaal-economisch zwakkere milieu's, op grond van het feit, dat de wijkverpleegkundige zich verantwoordelijk voelt voor de gezondheid van degenen, die hulp vragen dan wel voor de gezondheid in een bepaalde buurt.

Uit hierboven vermeld onderzoek blijkt, dat ook hulp wordt geboden aan niet-leden. Waar dit het geval is, is het moeilijk om vast te stellen wat de invloed is van de AWBZ-financiering op het aantal ouders, dat niet met hun kinderen het cb bezoekt.

1.1 Probleemstelling

Afgezien van AWBZ-invloeden blijft de vraag hoe groot het bereik is van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. De landelijke gegevens uit de jaarverslagen Jeugdgezondheidszorg van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) gebaseerd op gegevens zoals verstrekt door de Provinciale Kruisverenigingen geven geen juist beeld omdat dubbelregistratie ten gevolge van verhuizingen plaatsvinden. Dit heeft tot gevolg, dat in bepaalde provincies meer dan 100% als deelnemer aan het cb staat geregistreerd. Hierbij dient te worden opgemerkt, dat ook verschillen tussen geboorte- en inschrijvingstijdstip bij bepaalde jaarcohorten registratie van meer dan 100% deelname kunnen veroorzaken. Uit onderzoek

(Kuiper e.a., 1985), waarbij de leeftijd van eerste bezoek aan het cbz is nagegaan, blijkt het tijdstip van inschrijving voor ongeveer 95% van de zuigelingen binnen de eerste twee levensmaanden te vallen. Per jaarcohort kan dit echter met enkele procenten variëren.

Uiteindelijk zal bezoeksfrequentie van cbz en cbk, per individu bepaald, een maat zijn voor de bereikbaarheid van een cb. Inschrijving bij een cb houdt immers nog niet in, dat het bureau regelmatig wordt bezocht. Over de frequentie-verdeling van de bezoeken zijn echter geen landelijke cijfers beschikbaar. Ook blijft het binnen het huidige administratiesysteem onduidelijk of de ingeschreven 1-jarige kleuters ook feitelijk een bezoek brengen aan het cb.

De zin van regelmatig bezoeken van het consultatiebureau door de ouders is gebleken. De inentingsgraad DKTP III en IV en mazelen blijkt bij non-participanten aan zuigelingenverzorging zeer laag (16%) te zijn (Notten, 1985). Naar gelang het bureau meer frequent wordt bezocht is de kans dat het kind volledig is ingeënt groter (Van Vliet & Bultje Meiring, 1979; Kuiper e.a., 1985).

Vanuit verschillende instanties zijn in Nederland in lokale veldonderzoekingen de inschrijvingspercentages van zuigelingen bij de consultatiebureaus en de deelname van de zorgpopulatie kleuters bepaald. Ook werd onderzoek verricht bij non-participanten naar deelname aan de screening van het gehoor en de inentingsgraad. Om het inzicht in de feitelijke situatie van non-participatie aan het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters te vergroten is vanuit het NIPG-TNO in eerste instantie een literatuurstudie uitgevoerd.

De bevindingen van de diverse onderzoekingen zijn weliswaar niet representatief voor de totale Nederlandse zorgpopulatie, doch geven een beeld van het gebruik binnen een bepaald geografisch gebied. In de verschillende bevindingen zijn mogelijk consistente tendenties vast te stellen.

Uit de studie wordt antwoord verkregen op de volgende vragen:

1. Welke zijn de inschrijvingspercentages bij de consultatiebureaus voor zuigelingen in bepaalde gebieden?
2. In hoeverre zijn non-participanten aan consultatiebureaus elders in medische zorg?
3. Welke is de omvang van achterblijvend bezoek aan het cbz en het cbk?
4. In hoeverre nemen niet-(regelmatige)bezoekers van consultatiebureaus deel aan screening van het gehoor en inentingen voor difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis en mazelen?
5. Welke kenmerken van de zorgpopulatie houden verband met niet-(regelmatig)bezoek?
6. Zijn er aanwijzingen te geven ter verbetering van landelijke onderbouwing van de cijfers over participatie aan de consultatiebureaus?

1.2 Opzet en uitvoering van de studie

De studie is beperkt tot onderzoek, dat in Nederland is gepubliceerd in de periode 1978-1986. Het jaar 1978 is gekozen, omdat het ruimschoots ligt vóór het jaar 1980, waarin de AWBZ-financiering werd ingevoerd.

Publicaties van onderzoek van vóór 1978 zijn niet betrokken in de studie. In de eerste plaats zijn ze vrij gering in aantal. Verder mag worden verondersteld, dat de resultaten van deze onderzoeken verouderd zijn, omdat het gaat om bevindingen over feitelijke situaties.

Voor de inventarisatie van verricht onderzoek zijn de volgende bronnen geraadpleegd:

1. Verslagen van veldonderzoek in het kader van de opleidingen Sociale Geneeskunde, tak jeugdgezondheidszorg en doctoraalstudies.

2. Aanwinsten van de rapportencentrale van het Sociaal Wetenschappelijke Informatie en Documentatie Centrum.
3. Jaarverslagen en overzichten over de vaccinatie-toestand van de Geneeskundige Hoofdinspectie.
4. Jaarverslagen van de GG en GD Amsterdam.
5. Epidemiologische bulletins van de GG en GD te 's-Gravenhage.
6. Tijdschriften zoals het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, voorheen Geneeskunde, Medisch Contact, Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg, Maatschappelijke Gezondheidszorg.
7. Afdeling Bibliotheek en Documentatie van de Nationale Kruisvereniging.

De resultaten van de onderzoeken, die voldoen aan bepaalde criteria, zijn in tabellen of schema's opgenomen. Redenen voor non-participatie zijn geplaatst in het ruimer perspectief van een theoretisch kader ter verklaring van gezondheidsgedrag.

1.3 Indeling van het rapport

Na de inleiding wordt in hoofdstuk 2 een overzicht gegeven van in Nederland verricht onderzoek naar deelname aan zuigelingen- en kleuterbureaus, de screening van het gehoor en de vaccinatie-toestand van niet-(regelmatige) bezoekers van consultatiebureaus. Verder wordt een overzicht gegeven van resultaten van onderzoek naar kenmerken van non-participanten, redenen van non-participanten om niet deel te nemen aan preventieve voorzieningen en tevredenheid van consumenten van voorzieningen. In hoofdstuk 3 worden enkele theoretische modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag besproken. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de studie samengevat en bediscuteerd. Het rapport wordt afgesloten met aanbevelingen voor de praktijk, het beleid en verder onderzoek (hoofdstuk 5).

2. RESULTATEN VAN VELDONDERZOEK NAAR NON-PARTICIPATIE AAN PREVENTIEVE VOORZIENINGEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG (0-4 JR)

Allereerst wordt in dit hoofdstuk een korte uiteenzetting gegeven over definities van non-participatie en verzameling van gegevens (2.1). Daarna wordt een overzicht gegeven van de resultaten van veldstudies naar de omvang van non-participatie aan preventieve voorzieningen voor jeugdigen (0-4 jaar), waarover in de periode 1978-1986 artikelen of verslagen zijn verschenen (2.2 - 2.4). Daarna worden resultaten van onderzoeken naar kenmerken van non-participanten, argumenten om niet deel te nemen aan de voorzieningen en evaluatie van de voorzieningen door cliënten behandeld (2.5). Tenslotte worden de resultaten besproken (2.6).

Zeven veldstudies zijn opgenomen in het overzicht naar de omvang van non-participatie aan cb's. Deze voldoen aan de volgende criteria:

1. Bij bepaling van de omvang heeft geen dubbelregistratie van de zorgpopulatie plaatsgevonden ten gevolge van verhuizing.
2. De data zijn verkregen hetzij door inspectie van medische dossiers of kaarten, hetzij ontleend aan tellingen binnen de diensten en niet alleen met behulp van vragenlijsten, die mondeling of schriftelijk door ouders zijn beantwoord.

In Amsterdam valt de zuigelingen- en kleuterzorg onder de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG en GD. De cijfers uit de jaarverslagen van de GG en GD te Amsterdam geven een juist beeld van de mate van inschrijving bij het cb, daar de tellingen zijn gebaseerd op registratie per persoon en niet op het aantal inschrijvingen per bureau.

Het beeld van de omvang van participatie wordt dus niet vertroet-

beld door dubbelregistratie tengevolge van verhuizing. Ook van de gegevens uit deze jaarverslagen is gebruik gemaakt om een beeld te geven van participatie aan de screening van het gehoor.

In bijlage 3 zijn de zeven onderzoeken beschreven op de volgende punten:

- a. doel en titel van onderzoek,
- b. initiatief tot en type van onderzoek,
- c. onderzoeker of onderzoekorganisatie,
- d. vraagstelling,
- e. samenstelling onderzochte groep,
- f. procedure (bijvoorbeeld enquête, observatie, interview, exploratie van jaarverslagen),
- g. gebruikte instrumenten (bijvoorbeeld vragenlijsten),
- h. maand/jaar veldonderzoek,
- i. resultaten,
- j. wijze en plaats van verslaglegging,
- k. samenwerking met andere instanties, ten behoeve van dit onderzoek.

De overige veldstudies naar achtergrondkenmerken van non-participanten en motivaties van ouders om niet deel te nemen, voldoen niet aan het criterium van "data voor onderzoek verkrijgen door inspectie van medische dossiers". Motieven, van ouders om niet deel te nemen zijn niet zonder meer gegeven in het medisch dossier. Deze gegevens zijn afkomstig van mondelinge of schriftelijke enquêtes.

2.1 Veldonderzoek naar non-participatie. Algemeen

2.1.1 Omschrijving van non-participatie

De preventieve voorzieningen voor jeugdigen (0-4jr) zijn bestemd

voor de totale populatie van zuigelingen en kleuters. Aldus wordt gestreefd naar een 100% bereik van deze doelgroep.

Dit houdt onder meer in, dat de jeugdigen:

- regelmatig en met een bepaalde frequentie een consultatiebureau of een gezondheidscentrum bezoeken voor controle van de groei en ontwikkeling van zuigeling en kleuter,
- worden ingeënt volgens het aanbevolen entschema van de Geneeskundige Hoofdingspectie,
- op de leeftijd van ongeveer 9 maanden deelnemen aan het gehooronderzoek.

Het gebruik van deze voorzieningen wordt geregistreerd. Deze registratie biedt de gegevens om non-participatie vast te stellen. Van een zorgpopulatie kan worden vastgesteld:

- in hoeverre deze niet is ingeschreven bij het consultatiebureau.

Niet-ingeschreven zijn van een zuigeling of kleuter bij een cb betekent nog niet dat het kind niet onder medische zorg is.

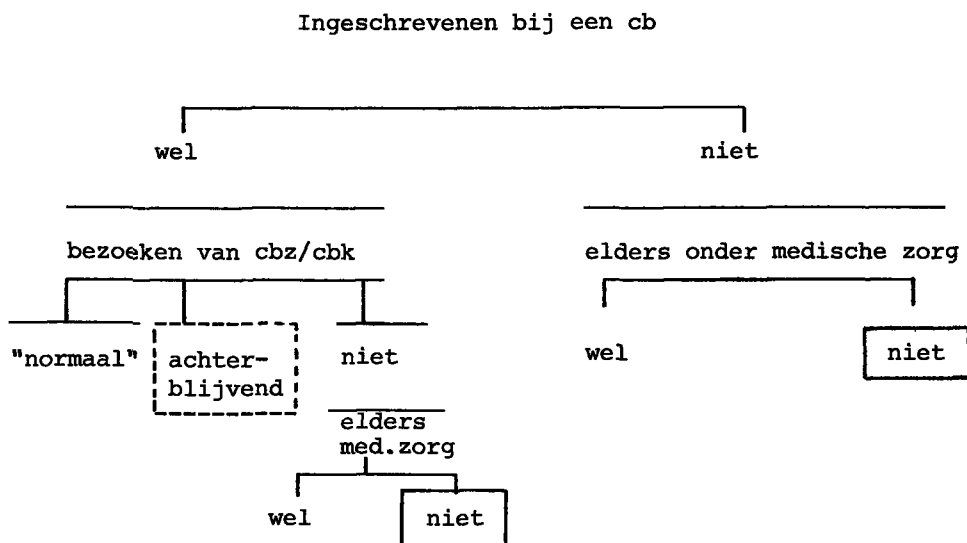
Het kind kan onder medische zorg zijn bij de huisarts, kinderarts of de arts van de inrichting alwaar het kind verblijft.

Ook is het mogelijk, dat een kind is ingeschreven bij een cb in een andere gemeente. In de regel zijn deze gegevens beschikbaar.

- Welke de inentingsgraad is voor difterie, kinkhoest, tetanus, polio-myelitis (DKTP) en mazelen.
- Hoe groot het opkomstpercentage is bij de gehoorscreening. Verder kan nog worden vastgesteld voor de ingeschrevenen van het consultatiebureau:
 - leeftijd bij het eerste bezoek aan het consultatiebureau,
 - bezoekfrequentie aan cbz en cbk.

In de figuur 2.1. wordt een schematische, dus vereenvoudigde voorstelling gegeven van de vormen waarin non-participatie aan controle van groei en ontwikkeling zich kan voordoen.

Figuur 2.1 Contrôle van groei en ontwikkeling



De overgang van niet-deelnemen en deelnemen is een geleidelijke.

In enkele veldstudies wordt gesproken over "achterblijvend"

(1-6 bezoeken aan cbz) en "niet-regelmatig" (in een periode van drie maanden niet verschenen op uitnodiging van het cbz) bezoek.

Non-participatie aan de vaccinatie-programma's en aan de screening van het gehoor kan onafhankelijk worden beschouwd van het al dan niet zijn ingeschreven bij een cb, aangezien de uitnodigingen om deel te nemen aan deze voorzieningen niet afhankelijk is van het ingeschreven zijn bij een cb.

Ook wat het deelnemen aan de vaccinatie-programma's betreft kan de overgang geleidelijk zijn van: geen enkele inenting ontvangen, onvolledig ingeënt tot volledig ingeënt zijn.

Deze geleidelijke overgang geldt ook de deelname aan de screening van het gehoor: geen gehoor geven aan de oproep, wel deelnemen

aan de eerste screening doch bij uitslag "onvoldoende" niet opkomen voor een tweede screening tot wél deelnemen aan beide screenings, doch bij uitslag "onvoldoende" niet deelnemen aan een verwijzings onderzoek van de K.N.O. arts.

De conclusie is, dat bij veldonderzoek naar non-participatie zeer verschillende definities kunnen worden gehanteerd.

2.1.2 Verzamelen van gegevens

Bij de verzameling van gegevens over de mate van deelnemen kan worden geput uit verschillende bronnen van registratie. Uiteraard is een voorwaarde, dat de registratie een getrouwe weergave is van het gebruik van de betreffende voorziening door cliënt. Aan het begin van § 2.1.1 zijn de voorzieningen vermeld, waarvan in maat en getal kan worden vastgesteld in hoeverre gebruik heeft plaatsgevonden.

In het kort worden vervolgens de bronnen weergegeven met daarbij de problemen, die zich kunnen voordoen.

Inschrijving bij een cb, elders in medische zorg

Indien een afdeling jeugdgezondheidszorg van de GG en GD (of DG en GD) beschikt over een centrale administratie, op naam en geboortedatum, van de medische zorgsituatie van de jeugdigen uit de gemeente of het district, kunnen de gegevens worden verzameld uit het zogenaamde manco (schaduwdoossier) of het medische dossier dat aldaar aanwezig is. Worden de aantallen van ingeschrevenen verzameld bij de administratie van de cb's dan kan tengevolge van dubbelregistraties een onjuist beeld ontstaan.

Opkomstpercentage bij de gehoorscreening

Lokale gegevens over de opkomst bij de gehoorscreening kunnen worden verkregen door inspectie van de medische dossiers, via de registratie van de districtsarts jeugdgezondheidszorg. Provinciale en landelijke gegevens worden eveneens verzameld door de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind (NSDSK).

Leeftijd eerste bezoek aan het cb; bezoekfrequentie aan cbz en cbk

De leeftijd van eerste bezoek en de bezoekfrequentie aan cbz en cbk zijn, indien de registratie per zitting heeft plaatsgehad, te vinden in het medisch dossier van het kind. Het meest eenvoudige is om uit te gaan van een onderzoeksgroep, die is geboren en getogen in de gemeente waar het onderzoek plaatsvindt.

Om de juiste conclusies te kunnen trekken over de mate van gebruik van het team zal rekening gehouden moeten worden met:

- tussentijdse verhuizingen binnen de gemeente
- langdurige vacaties
- langdurige opname in ziekenhuis of inrichting
- tijdelijke controle van huisarts of kinderarts
- overlijden

Gegevens over non-participanten

Feitelijke gegevens zoals etnische groepering, gezinssituatie, leeftijd van de ouders en sociaal-economische status zijn na toestemming van B & W te verzamelen via de formulieren van de geboorteaangiften, verstrekt door de afdeling Burgerlijke Stand en

Bevolkingsaangelegenheden.

Argumenten van ouders om niet deel te nemen aan preventieve voorzieningen zullen door de ouder of wijkverpleegkundige kunnen worden gegeven.

Verzameling van deze gegevens zal door mondelinge of schriftelijke enquête dienen te geschieden. Een probleem bij dit onderzoek is de bereikbaarheid van non-participanten.

2.2 Omvang van niet-(regelmatig) bezoeken van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters

In twee tabellen, is een overzicht gegeven van bevindingen ten aanzien van de non-participatie van ouders aan consultatiebureaus voor zuigelingen (cbz) en kleuters (cbk). Voor zover dit bekend is, is aangegeven welk deel van de zorgpopulatie elders in medische zorg is.

Non-participatie aan zuigelingenzorg

Tabel 1 geeft een overzicht van de percentages niet bij consultatiebureaus ingeschreven zuigelingen ten aanzien van de betreffende zorgpopulatie, zoals bepaald in diverse studies, en van enkele studies ook de zorg-situatie van niet-ingeschrevenen.

Alvorens de tabel weer te geven volgt eerst een toelichting.

In de kolommen 3-5 zijn de percentages vermeld van dat deel van de zorgpopulatie dat niet is ingeschreven bij het cbz.

- Kolom 3 geeft de percentages weer, niet nader gespecificeerd naar: 'elders onder zorg' of 'geen zorg bekend'.
- Kolommen 4 en 5 geven nogmaals de gespecificeerde percentages indien deze beschikbaar zijn.

In de kolommen 6-8 zijn de percentages vermeld van degenen, die wel zijn ingeschreven bij het cbz, doch die de zittingen niet-(re-

gelmatig) bezoeken. (Kinderen, die na herhaalde uitnodiging en huisbezoek niet verschijnen):

- kolom 6 geeft de percentages weer, niet nader gespecificeerd naar "elders onder zorg" of "geen zorg bekend";
- de kolommen 7 en 8 geven nogmaals de gespecificeerde percentages weer, indien deze beschikbaar zijn.

Tabel 1. Non-participatie aan zuigelingenverzorging

1	2	3	4	5	6	7	8
Plaats van onderzoek (onderzoekers)	Jaar veldwerk	niet ingeschreven bij cbz		wél ingeschreven, geen (regelmatig) bezoek			
		totaal: "elders onder zorg"; "geen zorg bekend"	"elders onder zorg" bekend"	"geen zorg bekend"	totaal: "elders onder zorg"; geen zorg bekend	"elders onder zorg" bekend"	"geen zorg bekend"
1. Groningen (Everaars & Van der Neut- van Noordenburg, 1978)	1978	3,1%	1,9%	1,2%	2,7%	1,2%	1,5%
2. Amsterdam (Lim-Feijen, 1983)	1982 1983	10,2% 13,7%					
3. Amsterdam (Notten, 1985)	1984				10,9%	7,2%	3,7%
4. Zwolle e.o. (Commandeur & Kardinaal, 1984)	1983	4,7%					
5. Den Haag	1984/ 1985	11,2%					
6. Den Haag (Kuijper e.a., 1985)	1984 1984	6,5% 4,8%	1,2% 1,5%	5,3% 3,3%	4,5% 4,8%		
7. Amsterdam GG & GD-JGZ jaarverslagen 1978-1984	geboorte- cohort 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984	15,5% 14,7% 13,0% 9,8% 9,7% 9,2% 10,4%					

Een uitsplitsing van niet-ingeschreven kinderen naar "zorg van huisarts/kinderarts" of "geen zorg" (kolommen 4 en 5) is alleen vermeld bij de onderzoeken 1, 3 en 6.

In de onderzoeken 1 en 3 is tevens nagegaan in hoeverre de kinderen, die niet (regelmatig) onder de zorg van het cbz zijn, wellicht elders onder zorg zijn.

Non-participatie aan kleuterzorg

Tabel 2 geeft een overzicht van de percentages niet-ingeschreven kleuters bij een cb en van de zorgsituatie van niet-ingeschreven kleuters uit enkele studies.

Alvorens de tabel weer te geven volgt eerst een toelichting.

In de kolommen 4-6 zijn de percentages vermeld van niet-bezoekers van het cbk, die wel zijn ingeschreven bij cbz:

- kolom 4 geeft de percentages weer, niet nader gespecificeerd naar: "elders onder zorg" of "geen zorg bekend";
- kolommen 5 en 6 geven nogmaals de gespecificeerde percentages indien deze beschikbaar zijn.

Tabel 2. Non-participatie aan kleuterzorg

Plaats van onderzoek (onderzoekers)	Jaar veldwerk	Totale kleu- terpopulatie van gemeente of steekproef	niet bezoekers cbk (ingeschreven cbz)		achterblijvend bezoek cbk (1 à 2x)
			totaal: "elders onder zorg"; "geen zorg bekend"	"elders onder zorg" "geen zorg bekend"	
1. Arnhem (Krabbensbos- Zethoven e.a., 1984)	1983		9,7%	1,4%	20,1%
2. Nijmegen (Krabbensbos- Zethoven e.a., 1984)	1983		7,2%	1,2%	
3. Zwolle e.o. (Commandeur & Kardinaal, 1984)	1983	4,3%			
4. Den Haag (Kuijper e.a., 1985)	1984		5,1%		
5. Amsterdam GG & GD-JGZ jaarverslagen 1980-1984	geboorte- cohort 1980 1981 1982 1983 1984	11,6% 11,7% 9,7% 10,3% 10,2%			

In de onderzoeken 1, 2 en 4 is de non-participatie aan het cbk nagegaan bij die kinderen die zijn ingeschreven bij het cbz en niet zijn verhuisd; de percentages van non-participanten hebben dus betrekking op een deel van de totale kleuterpopulatie. De jaarverslagstellingen van de GG en GD Amsterdam hebben betrekking op de gehele kleuterpopulatie van 1 t/m 3 jaar, woonachtig in Amsterdam. Ook het percentage van "niet onder toezicht van het cbk" van onderzoek 3 geldt een totale kleuterpopulatie. Hierbij dient in beschouwing te worden genomen, dat van 8,5% van de populatie onbekend was of zij deelnamen aan de kleuterzorg. Een deel daarvan zal ook behoren tot de non-participanten.

2.3 Omvang van niet-deelnemen aan de screening van het gehoor

Onderzoek van het gehoor van de zuigeling vindt als regel plaats op de leeftijd van 9 maanden. In de gemeenten, waar gehoorscreening plaatsvindt worden alle daarvoor in aanmerking komende zuigelingen uitgenodigd voor de test, dus ook de kinderen die niet onder contrôle zijn van een cb. Volgens de jaarcijfers over 1983 van de Nederlandse Stichting voor het Dove- en Slechthorende Kind (NSDSK) werd landelijk gezien 75,5% van de levend geboren kinderen uitgenodigd voor de gehoorscreening volgens de Ewingtest. De opkomstpercentages van degenen, die zijn opgeroepen, zijn 93% à 95% (voor 1e screening, 2e screening en verwijzingsonderzoek). Voor sub-populaties van niet-ingeschrevenen bij een cb en onregelmatige bezoekers van het cbz zijn de percentages niet zo hoog. In enkele lokale onderzoeken is nagegaan in hoeverre de diverse sub-populaties deelnemen aan deze gehoorscreening. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van non-participatie aan de 1e screening van het gehoor. In één van de onderzoeken (Notten, 1985) is de sub-populatie kinderen, van wie de ouders onregelmatig of zelden gebruik maken van de diensten van de afdeling Jeugdgezond-

heidszorg van de GG & GD te Amsterdam, verdeeld in drie groepen, naar de mate van deelneming. De groepen zijn:

Groep I.

Het kind is onder contrôle en/of behandeling van huisarts of specialist of onder contrôle van een consultatiebureau buiten de gemeente.

Groep II.

Onregelmatig bezoek: het kind staat op de lijst voor te verrichten huisbezoeken, omdat de ouders herhaalde malen niet hebben gereageerd op een uitnodiging om naar het bureau te komen.

Groep III.

Zelden of geen bezoek aan cbz: de ouders van het kind hebben nooit of zeer onregelmatig gereageerd op een uitnodiging om naar het bureau te komen.

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de deelneming aan de eerste screening van het gehoor naar zorgsituatie van de kinderen. In de kolommen 9 en 10 zijn de groepen II en III van Notten (1985) tezamen genomen.

Tabel 3. Non-participatie aan eerste screening van het gehoor (Ewing)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Plaats van onderzoek (onderzoekers)	geb. jaar	van totale* populatie	van ingeschrevenen cb	van niet-ingeschrevenen cbz		van wel ingeschrevenen, geen (regelmatig) bezoek			
				totaal: "elders onder zorg"; "geen zorg bekend"	"elders onder zorg"	"geen zorg bekend"	totaal: "elders onder zorg"; "geen zorg bekend"	"elders onder zorg"	"geen zorg bekend"
1. Amsterdam (Lim-Feljen, 1983)	1982 1983		11% 8%	32% 30%					
2. Amsterdam (Notten, 1985)	1982							28%	64%
3. Den Haag (Kuiper e.a. 1985)	1980 1982		- 21%		40% 35%	78% 68%	78%		
4. Den Haag (Boendermaker-van Dijk & Göpner, 1986)	1980	16%	9%	74%					
5. Amsterdam (jaarverslagen GG & GD-JGZ, 1982-1984)	opgeroepen 1982 1983 1984	15% 14% 15%							
* Is totale zuigelingspopulatie van gemeente of wijken of een steekproef daaruit.									

De deelname aan de 1e screening van het gehoor is het hoogst bij de kinderen, die het cbz regelmatig bezoeken. De non-participanten vertonen de laagste percentages.

Onderzoekingen 2 en 3 (geboortecohort 1982) geven de sub-populatie niet-(regelmatige) bezoekers gedifferentieerd naar diverse zorg-situaties. In beide gevallen blijken de percentages van deelneming aan de 1e screening voor de kinderen in zorg bij de huisarts of kinderarts (I) het meest gunstig te zijn in vergelijking met de overige groepen niet-(regelmatig) in zorg van het cbz.

Onderzoek 4 heeft betrekking op een a-selecte steekproef uit het geboortecohort 1980 van de totale Haagse populatie. De standaard-fout (SF) van de percentages werd berekend met de formule $\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$.

De deelneming aan het gehooronderzoek ligt voor het gehele geboortecohort met 95% waarschijnlijkheid tussen 81,3% en 86,1% ($83,7 \pm 2$ s.d.). Zo kan worden geconcludeerd, dat de mate van deelname aan de gehoorscreening in Den Haag en Amsterdam vrijwel overeenkomt. In beide steden neemt ongeveer 15% van de zuigelingen niet deel. Voor onderzoek 3 is een specifieke zorgpopulatie van Den Haag in het onderzoek betrokken. Het percentage deelnemers is voor deze groep lager. Dit lagere cijfer is een gevolg van, in vergelijking met de overigen, een geringere deelname door de Marokkaanse en Turkse zorgpopulatie uit deze wijken.

2.4 Omvang van niet-deelnemen aan de inentingen

De vaccinatietoestand van niet-(regelmatig) onder zorg van consultatiebureaus verkerende kinderen is nagegaan in twee onderzoekingen. Deze betreffen een Amsterdamse sub-populatie (Notten, 1985) en een Haagse sub-populatie (Kuiper e.a. 1985). In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de percentages van kinderen, die niet

deelnemen aan de inentingën voor DKTP III en IV en mazelen. De door Notten onderscheiden groepen II en III van niet-regelmatige bezoekers zijn in kolom 6 tezamen genomen.

tabel 4. Non-participatie aan inenting

Plaats van onderzoek (onderzoekers)	teidatum	geb. jaar	totale populatie Nederland			niet-ingeschreven cbz						wel-ingeschreven cbz (regelmatig) bezoek					
						elders onder zorg			geen zorg bekend			totaal "elders zorg"; "geen zorg bekend"			elders on- der zorg		
						A %	B %	C %	A %	B %	C %	A %	B %	C %	A %	B %	C %
1. Amsterdam (Notten, 1985)		1982															
2. Den Haag (Kuiper e.a. 1985)	1984 mei/juni	1980 (geb. Den Haag)				0	0	0	4	17	21	25	27		80	87	88
		(elders geb)							63	63							
	1984 juli/aug.	1982 (geb. Den Haag)				10	30		26	48	46	59	51				
		(elders geb)							61	67							
3. Nederland (Geneesk. Hoofdinsp. 1986)	1984 1 sept.	1978 1979 1980 1981 1982	3,7 3,7 3,4 3,1 3,1	5,9 5,9 5,5 5,5 5,2	9,1 8,7 7,7 7,5 7,9												

Verklaring: A = geen DKTP III inenting
B = geen DKTP IV inenting
C = geen mazelen

Bij deze tabel dienen twee opmerkingen te worden gemaakt.

De eerste betreft de registratie van de inenting. In de medische dossiers blijkt sprake te zijn van onderrapportage. Volgens Notten (1985) is daarom het lage entpercentage van de Amsterdamse sub-populatie van kinderen onder zorg van huisarts of kinderarts, een artefact veroorzaakt door onderrapportage.

De percentages van de Haagse sub-populatie uit hetzelfde geboortear jaar zijn veel minder laag, maar mogelijk geven deze, om dezelfde reden, toch nog een te ongunstig beeld.

De tweede opmerking betreft de leeftijd van de populatie bij vaststelling van het entpercentage. Het aanbevolen entschema blijkt in de praktijk niet altijd te worden gevolgd. Bij de populatie van het Haagse onderzoek uit het geboortear jaar 1980 werden aanzienlijke verschillen geconstateerd bij vergelijking van de inentingsgraad op de leeftijd van 1 jaar 5 maanden, 1 jaar 11 maanden en 2,5 à 3,5 jaar (Kuiper e.a., 1986). Uiteindelijk worden veel kinderen op oudere leeftijd ingeënt dan dit volgens het entschema zou moeten gebeuren. Dit bleek vooral het geval te zijn bij Marokkaanse en Turkse kinderen.

2.5 Achtergronden van (non-)participanten aan preventieve voorzieningen

Aangezien non-participatie aan preventieve voorzieningen voor kinderen van 0-4 jaar een gevolg is van het gedrag van hun ouders zijn in onderzoeken naar onderscheidende kenmerken van non-participanten de ouders betrokken.

De onderzoeken, die bijdragen aan kennis over non-participanten en hun ouders hebben betrekking op a) sociaal-demografische kenmerken, b) argumenten van ouders om niet te participeren aan een preventieve voorziening voor hun kind en c) evaluatie van cb's door ouders die wel participeren aan deze voorziening.

In drie schema's (A, B en C) zijn de resultaten van de onderzoeken samengevat.

Om te kunnen vaststellen welke de sociaal-demografische kenmerken zijn, dienen de kenmerken van non-participanten te zijn vergeleken met die van de participanten. In twee onderzoeken (Kuiper e.a., 1985; Van Vliet & Bultje-Meiring, 1979) zijn deze vergelijkingen uitgevoerd. Dit is eveneens het geval met een door het Centraal Bureau Statistiek (CBS) verrichte gezondheidsenquête (Swinckels, 1985). Schema A geeft een overzicht van de sociaal-demografische kenmerken, die zijn vastgesteld in vermelde onderzoeken.

SCHEMA A SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN VAN NON-PARTICIPANTEN AAN CB'S

Geografisch gebied/onderzoek organisatie/ onderzoeker(s)	Jaar veldwerk	onderzoek populatie	geen (regelmatige) zuigelingen						geen (regelmatige) kleuterzorg					
			soc. klasse (Be-roep P)	M.een baan	opleiding M.	Rang-nr. kind	Ge-zins sit.	Soc. klasse (Be-roep P)	M. een baan	op-leiding M.	leef-tijd kind	Rangnr. kind	Ge-zins sit.	
1. Groningen Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap R.U. Groningen (Van Vliet & Bultje-Meiring, 1979)	1978	geb. jaar 1975 in 1978 woonachtig in 9 wijken (n=469) bruikb. respons 74%						geen		alleen lagere school meer voor-komend		hoger	alleen staande ouder meer voor-komend	
2. Nederland Centraal Bureau Statistiek, afd. Onderzoek Gezondheid en gebruik voor-zieningen (Swinkeels, 1985)	1981 - 1983	steekproef uit de 0-4 jarigen (n=1950)			alleen basis-onder-wijs meer voor-komend					alleen hoger basis-onder-wijs meer voor-komend	hoger			
3. Den Haag NIPG/TNO (Kuijper e.a., 1985)	1984	geb. jaar 1980 uit 6 concentratie-wijken van migranten (n=1072) geb. jaar 1982 (n=1227)	geen			geen	geen	geen	geen		geen	hoger	geen	
			geen	minder voor-komend		geen	geen	geen						

Uit het schema blijkt, dat met betrekking tot de non-participanten aan de *zuigelingen*zorg géén van de in de onderzoeken betrokken kenmerken consistent differentiëert. Niet-participeren aan *kleuter*zorg blijkt op één kenmerk te differentiëren: Niet-participerenden hebben een hoger rangnummer in het gezin dan de participerenden.

Geconcludeerd kan worden, dat de in de onderzoeken betrokken sociaal-demografische variabelen nauwelijks voorspellers zijn inzake al dan niet participeren aan de preventieve voorzieningen. De enige variabele, die meer consistent verband geeft te zien is het opleidingsniveau van de moeder.

Argumenten van ouders voor non-participatie werd in drie onderzoeken nagegaan. Deze studies betreffen:

niet bezoeken van het cbz (Everaars & Van der Neut-van Noordenburg, 1978),

niet bezoeken van het cbk (Van Vliet & Bultje-Meiring, 1979) en

niet laten inenten van een kind (Ros & Harting, 1980).

In schema B wordt een overzicht gegeven van redenen, die de ouders van non-participanten aanvoeren voor niet deelnemen. De diverse redenen zijn afkomstig van kleine aantallen.

Buiten beschouwing blijven de antwoorden die verwijzen naar medische indicatie of naar fysieke onmogelijkheid (moeder en kind in het buitenland).

De redenen zijn onder te brengen in de volgende categorieën:

- principieel
- actie is niet zinvol
- angst
- geen besef van preventie
- kritiek op uitvoerende personen en werkwijze
- praktische bezwaren
- onachtzaamheid

Geografisch gebied/onderzoek-organisatie/onderzoeker(s)	Jaar veldwerk	Betreft	Populatie	Methode van onderzoek	Classificatie van redenen							Praktische bezwaren	Onachtzaamheid
					Principieel	Actie is niet zinvol	Angst	Geen besef van preventie	Kritiek op personen en werkwijze				
1. Rotterdam CG & GD (Ros & Harting 1980)	1980	inenting	Geb. jaar 1977 en 1978, niet volledig ingeënt Rotterdam (n=123)	mondeling enquêteren	-godsdiens- stijg -anthropo- sophisch	-niet zo hoge ver- wachting van cbk	-nadelige gevolgen -kind is nog te klein	-kind is gezond; niet nodig		te weinig tijd en mogelijkheden -zegt op- roepkaart niet te hebben ontvangen -inenting- kaart was weggehaakt		-gewoon niet ge- gaan -vergeten -roepkaart niet te hebben ontvangen -inenting- kaart was weggehaakt	
2. Groningen Inst. voor Sociaal Medische Wetenschap R.U. Groningen (Van Vliet & Bultje-Meiring, 1979)	1978	bezoek cbk	Geb. jaar 1975 en 1978 woonachtig in 9 wijken, non-participanten cbk (n=469) bruikbare respons 74%	schriftelijke en- quête; ver- gelijking reacties van bezoekers en niet bezoekers	-inbreuk op privé-leven	-niet zo hoge ver- wachting van cbk		-niet nodig als kind gezond is; als er onvoldoende tijd iets is naar de dokter	men luistert niet goed; niet overweg met arts; onvoldoende tijd beschikbaar; onjuiste diagnose gesteld; te lang wachten; mijn ideeën komen niet overeen met die op het bureau	-geen tijd -te ver weg -kleuterbureau in middag slaaptijd van het kind -verhuizing			
3. Groningen Prov. Groene Kruis (Eve-raars & Van der Neut-van Moordenburg, 1978)	1978	bezoek cbz	niet-(regelmatige)bezoekers cbz geb. tussen 1-4-1976 en 1-4-1977 (n=68)	schriftelijke en- quête				-cb heeft niets nieuws tabelantijke zaken bieden zodat steeds het- controlezelfde wêr ver- overbodig te veel commen- taar van arts; cb-arts ligt me niet; autoritaire houding van w.v.; te weinig gericht advies; onjuiste diagnose gesteld in het verleden	te lang wachten; niet noteren van nieuws tabelantijke zaken bieden zodat steeds het- controlezelfde wêr ver- overbodig te veel commen- taar van arts; cb-arts ligt me niet; autoritaire houding van w.v.; te weinig gericht advies; onjuiste diagnose gesteld in het verleden		-geen interesse, ver- geet het steeds		

Ros en Harting (1980, p.2, 13), vonden, dat redenen van praktische aard, om kinderen niet te laten inenten, vooral zijn gegeven door Nederlanders uit de lagere sociaal-economische klasse. Vermoedelijk komt principiële reden meer voor bij de hogere en midden beroeps-klasse, terwijl nalatigheid vermoedelijk meer voorkomt bij de lagere sociaal-economische status. Statistisch materiaal ontbreekt, gezien de opzet van het onderzoek.

Op de betekenis van de redenen wordt in het licht van theoretische modellen om gezondheidsgedrag te verklaren nader ingegaan in hoofdstuk 3.

Kritische uitspraken van ouders over consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, gepubliceerd in de Consumenten Gids (1982) en Ouders van Nu (1983) zijn aanleiding geweest tot tevredenheids-onderzoek binnen bepaalde diensten. De kritische uitspraken betreffen klachten en aanmerkingen als: het als moeder niet serieus genomen worden, een soort examensfeer bij de consultatiebureaus, er wordt teveel uitgegaan van het gemiddelde kind, autoritair gedrag van de arts, voedingsvoorschriften in plaats van voedingsadviezen, volle wachtkamers en lange wachttijden.

De GG & GD te Amsterdam (Van Wieringen & Engelsman, 1984) en de Kruisvereniging in 's-Hertogenbosch (Dillo-Blumenberg & Vernooy-Elshove, 1985) hebben in 1984 een onderzoek ingesteld naar tevredenheid van ouders over het zuigelingenbureau. Het onderzoek ver-richt in Groningen (Van Vliet & Bultje-Meiring, 1979) levert evaluaties van het kleuterbureau door ouders op.

De resultaten van deze evaluatie-onderzoekingen zijn vermeld in schema C. De negatieve opmerkingen zijn gerubriceerd in dezelfde categorieën als zijn gebruikt in schema B (redenen van ouders om niet deel te nemen).

CATEGORIE VAN EVALUERENDE UITSPRAKEN								
					NEGATIEF		POSITIEF	
					Kritiek op accommodatie	Kritiek op de uitvoerende personen en werkwijze	Werkwijze algemeen	Contact algemeen
Geografisch gebied/onderzoek organisatie/ onderzoeker(s)	Jaar veldwerk	Betreft	Populatie	Methode van onderzoek				
1. Amsterdam GG & GD-JGZ/ (Van Wieringen & Engelsman, 1984)	1984	cbz	alle Ned.-talige ouders van kinderen geb.tussen 1-3-1983 en 1-10-1983 (n=1586) = 57% respons	schriftelijke enquête	-ontevreden over wachtkamer (10%) -ontevreden over spreekkamer (7%)	-te lang wachten (14%); -onvoldoende info over voeding (7%); -onvoldoende info over gehoor-test (17%); -onvoldoende over groei en ontwikkeling (18%); babykwaaltjes (23%) babyverzorging (15%), inenting (10%); -ontevreden over contact met cb-medewerkers (5%)	tevreden (87%) tevreden (94%)	
2. 's-Hertogenbosch Kruisvereniging/ (Dillo-Blumenberg & Vernooy-Elshove, 1985)	1984	cbz	alle Ned.-talige ouders met zuigeling die in periode maart-juli 1984 9 mnd. oud was (n=186) = 67% respons	schriftelijke enquête		-te lang wachten (40%) -onvoldoende info over complicaties inenting (25%) -examensfeer (8%)	voldoende tijd van team (92%) op vragen (98%) prettig (75%) antwoord (98%)	
3. Groningen Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap (Van Vliet & Bultje-Meiring, 1979)	1978	cbk	bezoekers cbk geb.jaar 1975 (n=265)	schriftelijke enquête		-te lang wachten (24%)	over het algemeen zeer tevreden	

Uit schema C blijkt, dat ouders wel wat klachten hebben over het cb. Te lange wachttijden en onvoldoende geïnformeerd worden komen in de onderzoeken als negatieve punten naar voren. In dit verband is een bevinding van een van de Amsterdamse onderzoeken van belang. Lim-Feijen (1983, p.12) constateert, dat significante toename van "niet onder zorg staanden" voorkomt bij een bureau, welk relatief de minste menskracht en dientengevolge de drukste spreekuren heeft. Het merendeel van de respondenten waardeert de werkwijze van het team en het contact positief.

2.7 Bespreking van de resultaten

Uit de cijfers van de jaarverslagen van de GG & GD-JGZ te Amsterdam blijkt dat, gerekend vanaf het geboortjaar 1981, de percentages niet bij het cbz ingeschreven zuigelingen 9 à 10% bedragen. In de voorafgaande jaren zijn deze percentages hoger. Het werkelijk bereik van de cb's blijkt ook bij onderzoek verricht in Den Haag (Boendermaker-van Dijk & Göpner, 1986) rond de 90% te zijn. Door vroege zuigelingensterfte zou het oorspronkelijk cohort iets afgenomen zijn, wat van invloed kan zijn op de gerealiseerde bereikpercentages. De zogenaamde 'eerste week'-sterfte (CBS e.a., 1980). De bereikpercentages kunnen landelijk gezien dus geen 100%, maar 99,5% zijn, indien wordt uitgegaan van alle levend geboren. Door de zuigelingenbureaus in de provincie Noord-Brabant zou het percentage bereikte kinderen van de geboortjaren 1977-1980 per geboortjaar oplopen van 98,1% - 99,1% (Swaak, 1982). Naar alle waarschijnlijkheid zullen de bereikpercentages, landelijk berekend, hoger zijn dan die in steden als Den Haag en Amsterdam. Uit onderzoek verricht in Zwolle en omliggende gemeenten bleek de participatie aan het cb op het platteland gunstiger te zijn (Commandeur & Kardinaal, 1984).

Van de zuigelingen, die niet zijn ingeschreven bij een consultatiebureau is een deel elders onder zorg. Volgens het onderzoek verricht in Amsterdam (Notten, 1985) bij het geboortecohort 1982 zijn ongeveer driekwart van degenen die het cb niet-(regelmatig) bezoeken onder zorg van de huisarts of kinderarts. Volgens de auteur (bijlage XXII) is van de kinderen, die niet-(regelmatig) onder medische zorg zijn ongeveer een vijfde deel sociaal gezien "at risk". Een van de ouders is verslaafd aan drugs heroïne of er is sprake van emotionele en lichamelijke deprivatie van het kind. Uit een onderzoek, verricht in Flevoland, blijkt dat er geen significant verband is tussen enerzijds het medisch en sociaal "at risk" zijn van kinderen en anderzijds het lidmaatschap van een kruisvereniging (Van der Linde & Peters, 1984b). Dit in tegenstelling tot de inventarisatie, die Van der Kooy-Voogt in 1980 heeft verricht in drie wijken van Haarlem, waarbij duidelijke verschillen werden gevonden tussen het percentage kinderen "at risk" bij wel en geen leden van de plaatselijke kruisvereniging. De verschillen werden geconstateerd bij alle drie sociaal-economisch onderscheiden groepen (op cit. Van Laar, 1981).

Een van de motieven om in Nederland studies te verrichten naar het gebruik van preventieve voorzieningen, was het vermoeden dat kinderen van migranten minder gebruik zouden maken van deze voorzieningen (Verveen-Keulemans, 1979). Uit onderzoek verricht op een 6-tal cb's in Amsterdam bleek dat deze groep inderdaad achterbleef in deelname aan de voorzieningen (Gunning-Schepers, 1981). Uit een onderzoek dat enkele jaren later werd verricht bij de zorgpopulatie van dezelfde cb's bleek dat deze groepen steeds minder achterblijven wat hun deelname aan de contrôle door het cb betreft (Lim-Feijen, 1983).

Dit bleek eveneens het geval te zijn bij de zorgpopulatie migranten van vergelijkbare geboortejaren van consultatiebureaus gevestigd in Haagse woonwijken (Kuiper e.a., 1985) Wel vertonen de Marokkaanse meisjes meer achterblijvend bezoek (1-3 bezoeken) aan

het cbz dan dit het geval is voor de totale groep.

Uit cijfers van de jaarverslagen van de GG & GD te Amsterdam blijkt dat vanaf 1980 jaarlijks ongeveer 10% van de kleuterpopulatie niet is ingeschreven bij het cbk.

Wel ingeschreven zijn bij een cb en niet bezoeken van het bureau blijkt meer voor te komen bij het cbk dan het geval is bij het cbz. Uit onderzoek waarin van kinderen uit één geboortecohort, die zijn geboren en getogen in bepaalde wijken van Den Haag, de bezoekfrequenties aan zowel het cbz als het cbk bekend zijn, blijkt dat de percentages respectievelijk 2% en 5% zijn (Kuiper e.a., 1985).

De mate van deelname aan de screening op het gehoor is in de plaatsen waar veldonderzoek is verricht of jaarcijfers van diensten bekend zijn ongeveer 85%. Dit percentage is ongeveer 10% lager dan het landelijk percentage volgens de jaarcijfers over 1983 van de NSDSK. De lagere percentages betreffen dan ook populaties uit twee grote steden, waar de participatie in het algemeen minder gunstig blijkt dan daarbuiten. De deelname aan gehooronderzoek is beduidend veel lager bij de non-participanten. Ook is het percentage kinderen, dat deelneemt aan de gehoorscreening, kleiner, als zij elders in medische zorg zijn.

Volgens de publicatie van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid bedragen de percentages van kinderen, die niet zijn ingeënt tegen difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis en mazelen per 1 september 1984 voor het geboortjaar 1982: DKTP III 3,1%: DKTP IV 5,2% en voor het niet geïmmuniseerd zijn voor mazelen 7,9%. Vooral de percentages van de non-participanten uit het Amsterdamse onderzoek (Notten, 1985) steken hierbij schril af. Naar alle waarschijnlijkheid zullen bij deze groep nog zogenaamde inhaalinentingen worden verricht in het kader van de schoolgezondheidszorg (Van Oost, 1984). De percentages geven dus geen juist beeld van de definitieve vaccinatietoestand van de non-participanten. Doch redelijkerwijs

kan worden aangenomen dat de inentingsgraad van kinderen, die niet of niet regelmatig het cbz bezoeken veel lager is in vergelijking met de percentages, die voor de Nederlandse populatie van hetzelfde geboortjaar zijn vastgesteld.

Het aantal onderzoeken naar kenmerken van non-participanten is gering. Sociaal-demografisch blijken non-participanten zich nauwelijks te onderscheiden. Het enig kenmerk, dat een rol speelt is de opleiding van de moeder. Non-participatie aan het cb komt meer voor bij moeders die alleen de Lagere School volgden. Niet bezoeken van het cbz komt meer voor bij zuigelingen van moeders, die geen baan hebben. Het niet bezoeken van het cbk gaat samen met een hoger rangnummer van het kind.

Met de tevredenheid van ouders over het cb lijkt het niet zo somber te zijn gesteld als resultaten van enquêtes gehouden door de "Consumentengids" en "Ouders van Nu" doen veronderstellen. Dit blijkt uit onderzoek verricht in Amsterdam, Groningen en 's-Hertogenbosch. Aangezien de respons vooral van het Amsterdamse onderzoek niet zo hoog is, kunnen de resultaten van onderzoek niet representatief worden geacht voor de totale zorgpopulatie. Dit is eveneens het geval met de uitslagen van de enquête van de "Consumentengids" en "Ouders van Nu".

Het is denkbaar, dat er in het geval van onderzoeken door de diensten sprake zal zijn van oververtegenwoordiging van tevreden. Zo zullen de uitspraken vermeld in de "Consumentengids" en "Ouders van Nu" meer afkomstig zijn van ontevreden.

Over de mogelijke oorzaken van het door ouders niet gebruik maken van preventieve voorzieningen voor hun kinderen zal in het kader van het volgende hoofdstuk worden ingegaan.

3. THEORETISCHE ACHTERGRONDEN

In het voorafgaande hoofdstuk is een overzicht gegeven van de resultaten van veldonderzoekingen naar preventief gezondheidsgedrag van ouders ten behoeve van hun kinderen van 0-4 jr. In dit hoofdstuk worden enkele theoretische modellen over ziekte- en gezondheidsgedrag beschreven. (3.1-3.4). Het doel hiervan is interpretatie van gegevens uit de veldonderzoekingen (3.5).

Een model is een ordening van de hypothetische determinanten van, in dit geval, ziekte- of gezondheidsgedrag. De definitie van ziekte- en gezondheidsgedrag is ontleend aan Becker (1979). Met ziektegedrag wordt ieder gedrag bedoeld dat een individu, die zich ziek voelt, onderneemt om zijn gezondheidstoestand te definiëren en om een geschikte remedie te ontdekken. Onder gezondheidsgedrag wordt iedere activiteit verstaan van een individu, die gelooft, dat hij gezond is, welke tot doel heeft ziekte te voorkómen of ziekte te ontdekken voordat er zich symptomen voordoen.

De zin van een gedragsmodel bestaat daar uit, dat op grond van het model voorspellingen mogelijk zijn ten aanzien van gezondheidsgedrag. De factoren, die relevant zijn voor het beoogde gedrag, hebben een plaats in het model. Beïnvloeding van één of meer van die factoren zou effect hebben op het gedrag.

De modellen die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn hoofdzakelijk gebaseerd op sociaal-psychologische gezichtspunten. Motivatie van het individu tot gezondheidsgedrag worden in deze modellen verklaard vanuit zijn percepties, attitudes en emoties. Dit vormt een onderscheid met sociaal-culturele modellen, welke het gezondheidsgedrag verklaren door de invloed van het sociale netwerk (bijv. gezin, buurt, collega's), waarin het individu verkeert. Het belang, dat een groep, waarin het individu verkeert, hecht aan bepaalde gezondheidsactiviteiten is van invloed op het gedrag van dat individu. Een onderscheid van modellen in sociaal-psychologi-

sche en sociaal-culturele modellen is echter nogal betrekkelijk. Ook sociaal-psychologische modellen bevatten sociaal-culturele elementen.

Uit de veelheid van sociaal-psychologische modellen zijn er vier geselecteerd, die mogelijk aanwijzingen kunnen geven voor onderzoek en beleid op het gebied van de gezondheidszorg voor jonge kinderen. Het betreft het model van Fishbein & Ajzen (3,1), het Health Belief Model (3.2), het Fear Drive Model (3,3) en het Dual Process Model (3,4).

3.1 Het model van Fishbein & Ajzen

In de eerste plaats moet worden vermeld, dat Fishbein & Ajzen zich niet direct met gezondheids- en ziektegedrag hebben beziggehouden. Het model is ontwikkeld om de relaties tussen attitudes en gedrag te verduidelijken. De theorie is conceptueel eenvoudig. Ajzen & Fishbein zien het gedrag van een individu direct bepaald door zijn of haar intentie om te handelen. Het is een rationeel model waarin wordt verondersteld dat mensen de implicaties van hun handelingen beschouwen, alvorens tot gedrag over te gaan en dat zij daarbij pogen rationeel en systematisch gebruik te maken van de informatie, die voor hen beschikbaar is. Natuurlijk gaat het model er niet van uit, dat de informatie, waarover een persoon beschikt, hetzij compleet, hetzij geheel relevant is voor de beslissing.

Gedrag is dus een functie van de intentie. Intenties tot gedrag zijn op hun beurt weer een functie van twee fundamentele variabelen: de positieve of negatieve evaluatie van het individu om de handeling uit te voeren (attitudes ten opzichte van het gedrag en de aanpassing van het individu aan opvattingen van de omgeving over wel of niet uitvoeren van een handeling (de subjectieve sociale norm)).

Evenals attitudes zijn subjectieve normen belangrijke determinan-

ten voor gedragsintenties en uiteindelijk voor gedrag.

Sommige intenties zijn primair bepaald door attitude-factoren, andere door factoren van normatieve aard. In veel gevallen zullen beide factoren een rol spelen.

Uit onderzoek naar het verband tussen attitudes en sociale normen enerzijds en gedrag anderzijds bleek, dat de invloed van attitudes op gedrag afneemt, naarmate het gedrag meer publiek is en dat de invloed van sociale normen dan juist toeneemt (Kok e.a., 1981).

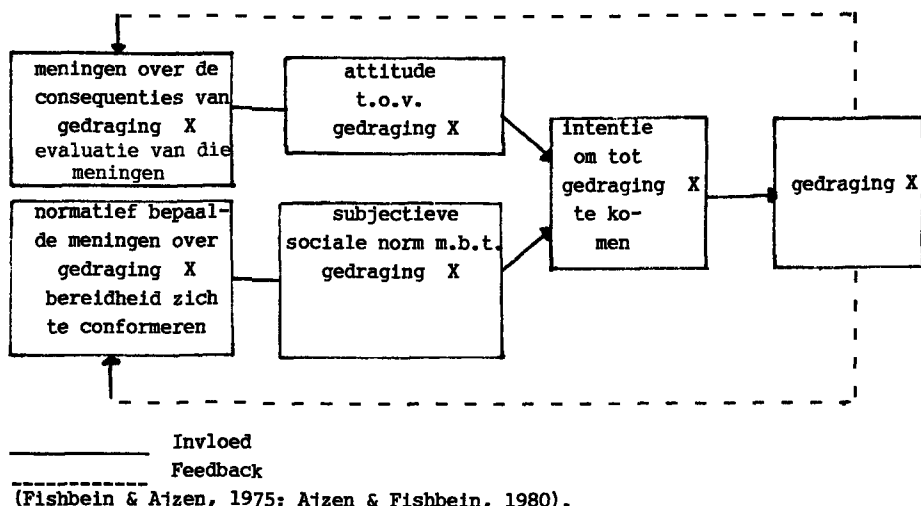
Door Fishbein & Ajzen wordt ervan uitgegaan, dat mensen 'beliefs'* of te wel meningen hebben over consequenties van handelingen en deze consequenties waarderen. Dit wil zeggen dat een individu, dat gelooft dat het uitvoeren van een bepaalde handeling in het algemeen zal leiden tot positieve uitkomsten, positieve meningen zal hebben ten aanzien van de uitvoering van het gedrag. Anderzijds heeft het individu meningen over wat andere individuen of groepen vinden van het verrichten van een bepaalde handeling. Deze meningen en de mate waarin het individu bereid is zich daarvan iets aan te trekken zijn bepalend voor de subjectieve sociale norm.

De specifieke meningen, attitudes en intenties worden verondersteld in onderlingen samenhang uit te maken of een individu in feite al dan niet tot gedrag komt. Andere variabelen zoals persoonskenmerken, demografische variabelen en dergelijke worden als externe variabelen beschouwd. Zodanige variabelen zijn slechts van belang naar de mate waarin zij van invloed zijn op attitudinale en normatieve overwegingen, uitmondend in een gedraging.

* De letterlijke vertaling: "geloof" wordt in deze tekst niet gebruikt als zelfstandig naamwoord, omdat een omschrijving door mening meer geschikt lijkt. (Kuiper, 1977). In Nederlands-talige literatuur wordt ook wel het woord "opvatting" gebruikt als vertaling, bijv. bij Hosman (1983).

In figuur 1 wordt het model van Fishbein & Ajzen schematisch weer-
gegeven.

Figuur 1. Schematische voorstelling van het conceptuele raamwerk voor de voorspel-
ling van specifieke intenties en gedragingen.



Fishbein & Ajzen (1975) geven een heranalyse van de 32 studies over de relatie attitude/gedrag, die door Wicker (1969) in een overzicht zijn gegeven. Uit het overzicht van Wicker zou blijken dat er soms geen, doch meestal maar een zwakke relatie aantoonbaar is tussen attitude en gedrag. Heranalyse vanuit de begripsomschrijvingen, die Fishbein & Ajzen in hun model geven, werpt een nieuw licht op de zaak. Dan blijkt dat in verschillende onderzoeken niet attitudes, maar gedragintenties zijn gemeten. De gedragseenheden, die zijn vergeleken, zijn vaak enkelvoudige handelingen, of herhaalde observaties van dezelfde handelingen. Zo er al van attitude-variabelen is uitgegaan zijn dit attitudes tegenover objecten op grond waarvan moeilijk een enkelvoudige handeling is te voorspellen.

De gedrag/attitude relatie blijkt in enkelvoudige observaties wel aangetoond te kunnen worden, indien er maar gewerkt wordt met at-

titudes ten opzichte van een specifieke gedraging (Tittle & Hill, 1967; Kamenetsky, Burgess & Rowan, 1956; Ajzen & Fishbein, 1970; Ajzen, 1971; Fishbein e.a., 1970).

De theorie is toegepast op een variëteit van actuele onderwerpen zoals: gedrag in verband met gewichtsverlies; voorspelling van beroepsoriëntatie van vrouwen; family-planning; consumentengedrag; stemmen in Amerikaanse en Britse verkiezingen; verandering van gedrag van alcoholisten (Ajzen & Fishbein, 1980).

Het model van Fishbein & Ajzen heeft, in onderzoek verricht in Nederland naar attitudes en milieugedrag en de beoordeling van kern-energie, empirische ondersteuning gekregen (Van der Meer, 1981; Meertens en Stallen, 1981). Kok (1985) ontwikkelde op basis van de theorie van Fishbein een model van gedragsverandering via voorlichting. Gedragsverandering zou kunnen worden gerealiseerd door het veranderen van meningen over gezondheidsgedrag.

3.2 Het Health Belief Model (HBM)

Het HBM werd ontwikkeld in het begin van de jaren vijftig door een groep sociaal-psychologen van de U.S. Public Health Service. Met behulp van dit model wordt een poging ondernomen om te begrijpen waarom een individu wel of niet deelneemt aan gezondheidszorgacties, zoals preventieve voorzieningen en bevolkingsonderzoek.

De basiscomponenten van het HBM zijn afgeleid van een aantal goed gefundeerde psychologische en gedragstheorieën, waarin van de veronderstelling wordt uitgegaan, dat gedrag voornamelijk afhangt van twee variabelen: 1. de waarde, die door een individu aan een bepaald resultaat van het gedrag wordt gehecht en 2. de door het individu veronderstelde waarschijnlijkheid, dat een bepaalde handeling ook zal leiden tot het resultaat. In feite komt dit overeen met respectievelijk de evaluatie en de mening die bij Fishbein en

Ajzen samen attitudes vormen.

Nader uitgewerkt bestaat het HBM uit de volgende dimensies:

De gepercipiëerde vatbaarheid

Er zijn grote individuele verschillen in veronderstelde persoonlijke kwetsbaarheid voor ziekten. Deze dimensie heeft betrekking op de mening die een individu heeft over het risico om een bepaalde ziekte op te lopen.

De gepercipiëerde ernst

Gevoelens met betrekking tot de ernst van een ziekte variëren van persoon tot persoon. Deze dimensie houdt evaluatie in van zowel medisch-klinische gevolgen (bijv. dood, ziekte en pijn) en mogelijke sociale gevolgen (bijv. effecten van ziek-zijn op werk, familie-leven en sociale relaties). Het gaat hier om de gepercipiëerde ernst van de bedreiging door een ziekte.

Vatbaarheid en ernst vormen de waargenomen gezondheidsbedreiging. De waargenomen gezondheidsbedreiging en de kosten en de baten vergelijking van de preventieve handeling beïnvloeden rechtstreeks de kans dat een individu het beoogde preventieve gedrag zal gaan vertonen.

Gepercipiëerde baten

Deze dimensie heeft betrekking op het voordeel dat men verwacht van een bepaalde handeling met betrekking tot het reduceren van de vatbaarheid. Van een 'Voldoende bedreigd' individu staat niet zonder meer vast, dat hij ook overgaat tot een aanbevolen gezondheidsactie. Dit zal pas gebeuren als de actie uitvoerbaar en gunstig wordt geacht door het individu.

Gepercipiëerde kosten

De bezwaren, die een bepaalde gezondheidsactie met zich meebrengen kunnen een belemmering zijn om tot de aanbevolen actie over te

gaan. Er vindt een "kosten-baten" analyse plaats, waarin het individu de effectiviteit van zijn actie afweegt tegen het duur, gevaarlijk (bijv. bijwerkingen van inenting), onprettig (pijnlijk, moeilijk), tijdconsumerend enz. zijn.

De meningen over baten en kosten worden verondersteld een bevorderende of juist belemmerende invloed te hebben op de omzetting van motivationele krachten in gezondheidsgedrag.

In termen van het HBM valt uit het hoge inentingspercentage voor difterie, kinkhoest, tetanus en poliomyelitis van de Nederlandse kinderen af te leiden, dat de meeste ouders of verzorgers de bedreiging ervaren van genoemde ziekten, de inenting als zinvol zien en de moeite van het laten inenten ervoor over hebben.

Naast de centrale variabelen zoals vatbaarheid, ernst, baten en kosten kent het HBM nog enige modificerende factoren, die van invloed zijn op wat er uiteindelijk wel of niet gebeurt. Om te beginnen zijn er demografische variabelen zoals leeftijd, geslacht, etnische achtergronden enz.

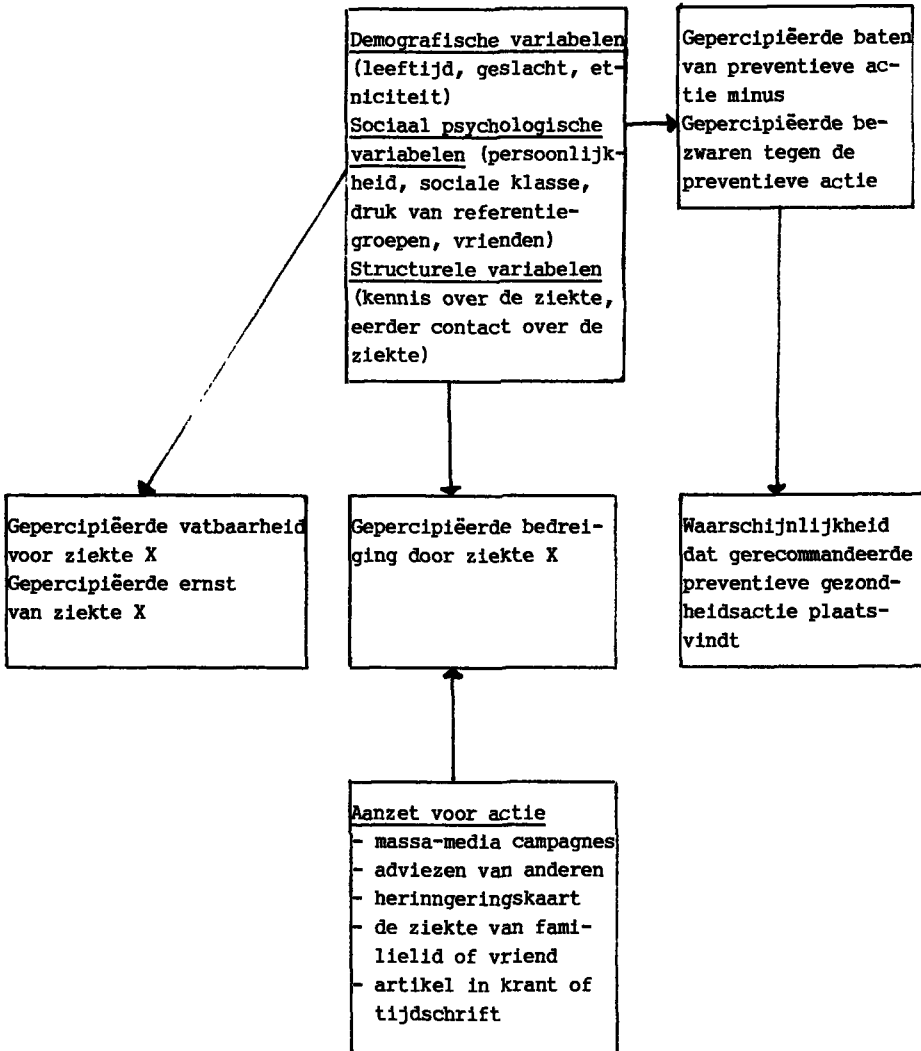
Een bepaalde stimulans uit de buitenwereld is noodzakelijk om het beslissings-proces voor actie op gang te brengen. Deze zogenaamde 'cue to action' kan intern (symptomen) en extern (bijv. mededelingen voor t.v., huisbezoek, herinneringskaarten voor bezoek aan bureau) zijn. Het gaat om de aanzet tot handeling.

Tenslotte wordt aangenomen, dat diverse demografische, sociaal-psychologische en structurele variabelen van invloed zijn. De samenhang van dimensies van het HBM met de modificerende factoren zijn gegeven in figuur 2. De pijlen geven de belangrijkste richting aan de invloed aan.

Behalve de gepercipiëerde vatbaarheid en ernst zijn ook andere variabelen van invloed. De meeste mensen verkeren in een omgeving waarin het normaal is, dat je wordt ingeënt. Mensen worden uitge-

nodig, om zich te laten inenten. Uitbreken van een epidemie van ziekte in het land zal ongetwijfeld ook van invloed zijn.

Figuur 2 Het HBM-model van gezondheidsgedrag naar Rosenstock (1974)



Bevestiging van het HBM

Janz & Becker (1984) hebben een kritisch overzicht gegeven van

Engelstalige onderzoeken uit de periode 1974-1984, waarin gebruik werd gemaakt van het HBM voor het begrijpen van gezondheidsgedrag van het individu. De meningen van zorgpopulaties zijn gemeten op de hoofddimensies van het HBM: vatbaarheid, ernst, probaten en barrières. Meningen van participanten en non-participanten zijn vergeleken. De studies, die in het overzicht zijn opgenomen voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. de studie bevatte tenminste een maat in termen van gedrag;
2. de bevindingen hebben betrekking op de vier fundamentele HBM dimensies voor gedragingen;
3. de studie is gericht op medische toestanden (dus geen tandheelkundige studies) en op meningen over gezondheid en gezondheidsgedrag van volwassenen.

In totaal zijn 29 studies geanalyseerd, waarvan er 13 betrekking hebben op preventief gezondheidsgedrag, 13 op ziekte-rolgedrag en drie op het gebruik van de kliniek. Om de discussie te vergemakkelijken werd een 'significantie-ratio' geconstrueerd waarin de verhouding werd bepaald tussen het aantal positieve en statistisch significante bevindingen voor een HBM dimensie en het totaal aantal studies, dat verslag doet over significantie-niveaus voor die dimensie.

Onderzoek van deze ratio bij de 29 onderzoeken maakte duidelijk dat de gedragsintentie het beste wordt verklaard door de kosten-dimensie (91%), gevolgd door 'baat' (81%), 'vatbaarheid' (77%) en 'ernst' (59%). Deze volgorde van de dimensies geldt zowel voor de onderzoeken die retrospectief zijn uitgevoerd als voor de prospectieve designs.

Uit de resultaten van de studies naar preventief gezondheidsgedrag blijkt, dat vatbaarheid, baat en barrière in gelijke mate verband houden met gezondheidsgedrag. Het verband met 'kosten' is in alle

studies significant. 'Vatbaarheid' en 'baat' hebben een zelfde niveau van effectiviteit. Voor de dimensie 'ernst' werd niet zo'n sterke evidentie gevonden. Slechts in ongeveer één derde van de gevallen zijn de resultaten significant.

De auteurs Janz en Becker speculeren, dat de minder sterke evidentie voor deze dimensie ten dele is te wijten aan de moeilijkheid om gepercipiëerde ernst te operationaliseren. Dit is vooral zo als de afwijkingen a-symptomatisch zijn, als zij het gezondheidsbedreigingen zijn, die gewoonlijk gelden op de lange termijn en wanneer het medische toestanden betreft, waarmee men weinig of geen persoonlijke ervaring heeft. In bepaalde gevallen (bijv. kanker) zien de ondervraagden de toestand als zeer ernstig, dus is er weinig variatie in de 'ernst'-maat en onderscheidt de vraag de participanten niet van de non-participanten. Met andere woorden als het gaat om een perceptie "zeer ernstig" is de kans groot dat in een onderzoek ook geen significante verschillen tussen participanten en non-participanten kunnen worden aangetoond.

Slechts drie van de 13 studies over preventief gezondheidsgedrag zijn prospectief. Het kleine aantal zou kunnen wijzen op problemen, die onderzoekers tegenkomen bij het vinden van relevante populaties voor de studie (dat wil zeggen, dat het relatief gemakkelijker is om prospectief individuen te onderzoeken die als ziek zijn gediagnostiseerd en zijn gevraagd te beginnen aan een therapeutisch regiem - ziekte rolgedrag). Echter, gegeven de schaarsheid van prospectief HBM research over preventief gezondheidsgedrag, is het de moeite waard op te merken, dat met uitzondering van 'ernst', de significantie-ratio's voor de prospectieve bevindingen 100% zijn.

Janz en Becker concluderen, dat de onderzoeken een zeer substantiële empirische evidentie verschaffen voor de HBM-dimensies als belangrijke bijdragers voor de verklaring en voorspelling van gezondheids-gerelateerd gedrag van het individu. Te meer is dit bemoedigend, omdat de bevindingen van studies met prospectieve de-

signs even goede of zelfs betere significantie ratio's produceren als de ratio's afgeleid van de retrospectieve onderzoeken. Terwijl er vele andere modellen zijn voor gezondheidsgedrag (Cummings e.a., 1980) kennen de auteurs er geen, die het HBM zou evenaren wat betreft aandacht van research of researchbevestiging.

In het onderzoek van vóór 1974 scheen gepercipiëerde vatbaarheid de meest krachtige dimensie van het HBM te zijn; maar dit is het gevolg van het feit dat in weinige van deze studies was gepoogd de dimensie gepercipiëerde kosten te meten.

In de research na 1974 geeft de 'kosten'-dimensie' telkens de hoogste significantie-ratio, onafhankelijk van het ontwerp voor onderzoek. Dit geldt zowel voor preventief gezondheidsgedrag als voor het ziekte-rolgedrag. In het algemeen schijnt 'vatbaarheid' wat belangrijker te zijn in preventief gezondheidsgedrag dan in ziekte-rolgedrag. Wat 'baat' betreft is het omgekeerde het geval.

In Nederlands-talige publicaties over het HBM zijn de bevindingen verdeeld. Minder positieve ervaringen vermeldt Jansen (1983) op grond van zijn onderzoeken naar deelnemen van de populatie aan bevolkingsonderzoeken op kanker. Aan de onderzoeken liggen in het algemeen twee theoretische modellen of combinaties daarvan ten grondslag: het HBM en het Sociaal Netwerk Model (SNM).

De resultaten van met behulp van deze modellen opgezette onderzoeken naar verschillen tussen deelnemers en niet-deelnemers en redenen voor al of niet deelname waren weinig spectaculair (Jansen, 1983). Volgens de auteur leverden de drie centrale begrippen uit het HBM niet veel op. Hoge verwachtingen over de effectiviteit van de test gaan samen met meer deelname. Voor veronderstelde ernst en veronderstelde vatbaarheid geldt dit in mindere mate. Een belangrijk gegeven is, dat bij elk onderzoek duidelijk werd, dat er verband is tussen niet-deelnemen aan de screening en het niet-beantwoorden van de vragenlijst over de screening. Zoals de auteur opmerkt is hier wellicht een van de oorzaken te vinden van de weinig uitge-

sproken resultaten van onderzoek naar gezondheidsgedrag op grond van de theoretische modellen. Ook gaat het hier om screening van volwassenen en niet om preventief gezondheidsgedrag van ouders ten behoeve van de gezondheid van hun kinderen. Uit onderzoek naar verschillen tussen participanten en non-participanten aan het Nijmeegs groei-onderzoek blijkt evidentie voor de HBM-dimensies. De belangrijkste gevonden verschillen blijken goed te passen in het HBM (Tax e.a., 1978).

Overeenkomst van het HBM en Fishbein & Ajzen's model

De traditionele elementen van het HBM zijn de 'beliefs' van het individu over het resultaat van een bepaalde gedraging en de evaluatie van die resultaten.

Het HBM en het model van Fishbein & Ajzen vertonen grote overeenkomsten. Beide modellen gaan uit van beredeneerd gedrag. De motivatie tot gezondheidsgedrag is van cognitieve aard. wordt grote waarde gehecht aan meningen over het gedrag. Beide modellen kennen aan demografische variabelen en persoonlijkheidsvariabelen en aan eerdere ervaringen een indirecte invloed toe op het gedrag.

Uit onderzoek van Fishbein (1966) is het belang van onderscheid tussen normatieve variabelen en attitudes gebleken bij de voorspelling van gedrag. Bij de voorspelling van geslachtsverkeer vóór het huwelijk bleek uit het onderzoek van 1966, dat bij vrouwen de attitudes de beste voorspelling opleverden voor gedrag, terwijl het bij mannen de subjectieve norm was. Dat wil zeggen, dat bij mannen 'de bereidheid om zich te conformeren aan wat belangrijke anderen vinden over wat hoort', het zwaarste woog in genoemde situatie.

Naast de meningen van een individu over vatbaarheid en ernst wordt ook rekening gehouden met zijn meningen over het feit, dat speciale individuen of groepen vinden, dat hij wel dan niet iets moet doen. Deze normatieve (of sociale goedkeurings-) variabele kan

worden gezien als een logische verfijning van de 'probaat' of barrière-dimensie van het HBM. Met andere woorden: het vooruitzicht om sociaal goedgekeurd gedrag te ondernemen (bijv. trimmen) kan als een voordeel worden beschouwd, terwijl het verrichten van een sociaal minder gewenste handeling (bijv. een heel jong meisje vraagt om anticonceptiva) kan worden gezien als een bezwaar. Eveneens kan een individu, dat wil ophouden met roken daarin worden geremd door de vrees sociale afkeuring te krijgen van de rokers uit zijn of haar omgeving.

De normatieve variabelen passen conceptueel wel in het raamwerk van het HBM, doch zijn in deze context niet ontwikkeld of onderzocht.

Fishbein maakt een onderscheid tussen mening en subjectieve normen, waar in het HBM één factor wordt gehanteerd, namelijk gepercipiëerde vatbaarheid, ernst, baten en kosten. Ten tweede kent Fishbein aan beide factoren gewicht, toe afhankelijk van situatie, gedrag en persoon.

Beperking van het HBM

Het HBM als een psycho-sociaal model beperkt zich tot dat deel van de variantie in gezondheidsgedrag, dat kan worden verklaard door attitudes en meningen.

Het is duidelijk, dat ook andere krachten preventieve gezondheids-handelingen beïnvloeden. Bepaalde gedragingen zijn gewoonten zonder dat daar een psycho-sociaal beslissingsproces aan te pas komt zoals bij voorbeeld: handen wassen, tanden poetsen.

Ook hoeft preventief gezondheidsgedrag niet uit gezondheidsoverwegingen te worden ondernomen, maar om uiterlijk aantrekkelijker te zijn (bijvoorbeeld: houden van een gezond dieet om te vermageren) of sociale goedkeuring te krijgen (bijvoorbeeld: stoppen met roken).

Verder gaat het model ervan uit, dat gezondheid voor de meeste individuen een hooggewaardeerd doel is en ook dat de 'cues' tot

aktie een ieder bereiken. Als aan deze condities niet is voldaan dan is het model niet bruikbaar om gezondheidsgedrag te verklaren. Ook de ervaring van het individu wat betreft zijn vermogens om barrières te overwinnen speelt een rol. In het werk, begonnen door Bandura, wordt het begrip 'self-efficacy', dat wordt omschreven als 'de overtuiging dat men succesvol het gedrag kan uitoefenen, dat is vereist om resultaat te hebben', ingevoerd (Bandura, 1977). Uit de literatuur over rookgewoonten is bekend geworden, dat de sterkte van het geloof van een individu in zijn of haar vermogen te stoppen en dit vol te houden gerelateerd is aan gedrag (Conditte & Lichtenstein, 1981). Deze variabele kan worden gezien als een bijzonder aspect van 'gepercipiëerde kosten', d.w.z. een roker, die herhaaldelijk heeft geprobeerd om te stoppen zonder succes zal waarschijnlijk een lage zelf-verzekerdheid op dit gebied hebben. Zijn voorafgaande mislukkingen zijn een barrière voor verdere pogingen om op te houden met roken.

Ofschoon is gebleken, dat het HBM in hoge mate van predictieve waarde is voor preventief en conformeringsgedrag, heeft het verscheidene empirische, theoretische en praktische tekortkomingen (Leventhal e.a., 1983).

Ten eerste heeft grotere gepercipiëerde ernst, waarbij vaak het vreesaspect een rol zal spelen, weinig effect op de acceptatie van gezondheidsaanbevelingen, een bevinding welke in hoge mate discrepant is met de voorspellingen van het model. Hieruit volgt, dat het model weinig heeft te bieden bij berekening van de consequenties van emotionele prikkels. Ten tweede gaat het model ervan uit dat verandering in meningen over gezondheid in de aanwezigheid van geëigende cues tot actie, zal leiden tot veranderingen in gezondheidsbeslissingen en gedrag. De data wijzen er echter op, dat gezondheidsmededelingen niet alleen attitudes kunnen beïnvloeden in de richting van de voorspelde gedragingen, maar ook nog niet observeerbare effecten hebben op gedragingen.

Tenslotte, op praktisch niveau geeft het HBM geen aanwijzing hoe

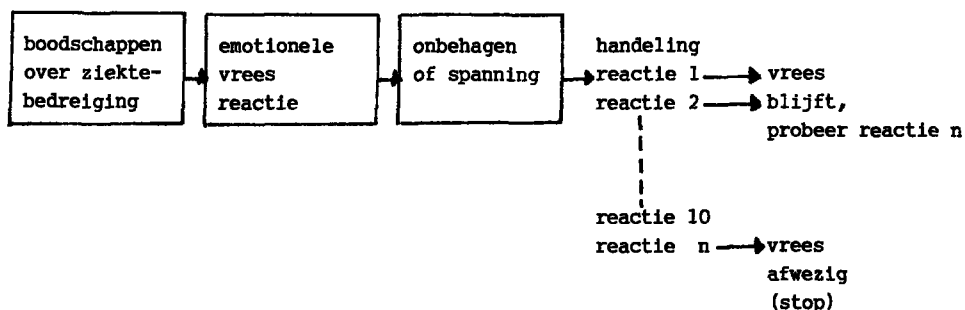
meningen te veranderen of welke meningen dienen te worden veranderd om acties te wijzigen. In dit verband dient te worden vermeld, dat de 'attributie-benadering' van het HBM hierin verbetering zou kunnen brengen. De theorieën van Kelley en Weiner betreffende attributies zijn hiertoe vertaald naar het veld van gezondheidsgedrag (King, 1984) en ziekte-attributies zijn in verband gebracht met het HBM. Een ziekte-attributie kan tenminste op twee manieren worden gedefiniëerd: als een verklaring omtrent de oorzaak van een ziekte en/of als een verklaring van wat de patiënt heeft of wat hij of zij denkt, dat niet goed is. Het is van belang om van een patiënt te weten hoe de ziekte-attributie plaatsvindt. Mensen, die ziekte als iets zien dat aan zichzelf toe te schrijven is (interne attributie), zullen vaker gedrag vertonen dat is gericht op het bevorderen van hun gezondheid dan individuen die ziekte zien als iets, dat je overkomt. Een ziekte-attributie zou kunnen worden gezien als een andere vorm van 'belief' over gezondheid in die zin, dat evenals de 'beliefs' in het HBM, ziekteattributies in hoge mate subjectief zijn en een beeld geven van de patiënt zijn individuele interpretatie van een ziekte of symptoom. Combinatie van meningen over gezondheid en attributies van hoge bloeddruk bleken een in hoge mate significante voorspelling te geven voor de beslissing om deel te nemen aan de screening voor hoge bloeddruk (King, 1984).

Het HBM is vooral gebaseerd op de cognitieve aspecten (meningen) van een motief tot gedrag. Het emotionele aspect heeft niet direct een plaats in het model. Het emotionele aspect van de motivatie tot gezondheidsgedrag is belicht in het model, dat wordt besproken in de volgende paragraaf.

3.3. Het Fear Drive Model (FDM)

Volgens de auteurs Janis (1967) en Highbee (1969) zou de emotie, die motiveert tot gezondheidsgedrag de vrees zijn. Het FDM is gebaseerd op de veronderstelling, dat de vrees motiveert tot handelen teneinde de spanning, die de vrees teweegbrengt, te reduceren. In figuur 3 is het model gegeven.

Figuur 3. Het Fear Drive model naar Leventhal e.a. (1983)



Evenals dit het geval is bij het model van Fishbein & Ajzen verlopen de stadia in vaste volgorde. De reeks, die leidt tot acceptatie van de boodschap over ziekte-bedreiging is de volgende.

Ten eerste vindt ontvangen van de boodschap plaats. Dan geeft deze aanleiding tot een (vrees)reactie. Vervolgens brengt de vreesreactie subjectief ongemak mee of spanning, die tot actie motiveert. Hoe groter het ongemak, des te groter de motivatie om dit op te heffen.

Tenslotte, zoekt degene die de boodschap heeft ontvangen verschillende reactiemogelijkheden om de vrees op te heffen. Een reactie, die de spanning vermindert wordt uitgevoerd.

Elk stadium leidt tot het volgende en uiteindelijk tot een handeling, die de vrees opheft.

In studies gebaseerd op het Fear Drive Model is de invloed van

boodschappen geladen met een sterke, een gematigde en een geringe graad van vrees ten aanzien van slechte gezondheidspraktijken nagegaan op zelfbeoordeling inzake attitudes, intenties om gedrag te veranderen en feitelijke gedragsveranderingen. (Janis & Feshbach, 1953; Leventhal, 1971). De typische bevinding is, dat 'sterke vrees' superieur is aan gematigde of geringe vrees in het veranderen van attitudes, intenties en gedrag, ofschoon de verschillen tussen de vreesniveaus kleiner en minder algemeen zijn wat de invloed op de gedragingen betreft.

Er zijn twee belangrijke typen van factoren, die de effectiviteit van een sterke vreesboodschap kunnen reduceren:

1. vrees kan worden geassocieerd met verschillende componenten van een waarschuwend boodschap en daardoor het gedrag in onverwachte richtingen sturen en
2. vrees kan controleverlies veroorzaken: het idee dat men geen invloed meer kan uitoefenen op de situatie.

Wat het eerste betreft zijn er studies bekend over effecten van een film over het roken van sigaretten en kanker. De films brachten vrees teweeg, maar de vrees werd gewekt voor de ziekte, de symptomen, de effecten op het leven van een individu of voor de procedures, die werden gebruikt voor diagnose, behandeling en opgenomen zijn in een ziekenhuis.

Een film over chirurgisch verwijderen van een kankerlong had als effect: vermindering van of niet beginnen aan het roken van sigaretten, maar een ander effect was het verwerpen van de aanbeveling om zich te laten onderzoeken, omdat men bang was voor eventuele gevolgen van de diagnose.

De tweede factor, vrees die gevoelens van hopeloosheid voortbracht, is aangetoond in studies waarbij personen met een lage zelfwaardering minder waarschijnlijk tot de aanbevolen acties overgingen als ze werden blootgesteld aan een boodschap met een hoge vreesgraad. Door de boodschap voelden zij zich niet in staat de aanbevolen beschermende acties uit te voeren.

Vreesopwekking alleen heeft weinig nut. Mensen dienen ook mogelijkheden aangereikt te krijgen hoe ziekte kan worden voorkomen (verhogen van zelfwaardering). Het probleem bij vreesopwekking is, dat het gericht is op lange termijn. Gevolgen van ongezond gedrag. Voorlichting moet juist korte termijn gevolgen zichtbaar maken. De vermelde beperkingen nemen niet weg, dat vrees "een machtig" motief is en stimulerend kan werken op gezondheidsgedrag. Alle mededelingen over gezondheid, zelfs de schijnbaar vriendelijke, bevatten de potentie om vrees op te wekken (Ben-Sira, 1981). In het model dat in paragraaf 3.4 wordt beschreven is een eerste stap gezet om het HBM en FDM te integreren.

3.4 Het Dual Process Model (DPM)

Het Health Belief Model en het Fear Drive Model zijn voor onderzoekers aanleiding geweest tot het ontwikkelen van een model, dat cognitieve en emotionele processen integreert (Leventhal e.a., 1983). Het model kreeg dan ook de benaming van: Dual Process Model (DPM).

De cognitieve processen vervullen, evenals dit in het HBM het geval is, tenminste twee functies. In de eerste plaats vormt het individu zich een voorstelling van de gezondheidsbedreiging. De voorstelling is gebaseerd op de ervaringen van alledag en op de persoonlijke voorgeschiedenis. De dagelijkse ervaringen omvatten informatie, zoals gezondheidsboodschappen van de media en van artsen, alsmede directe lichamelijke sensaties zoals ziektesymptomen, vermoeidheid en stemmingsveranderingen. De persoonlijke voorgeschiedenis betreft herinneringen aan vorige gezondheidsboodschappen, bekendheid met de gezondheidsstatus van vrienden en familieleden en de herinnering aan bovengenoemde lichamelijke sensaties. In de tweede plaats ontstaan actieplannen om de gezondheidsbedreiging het hoofd te bieden. De actieplannen worden gewijzigd als ze

niet werken of de baten niet uitgaan boven de kosten.

De emotionele processen zijn emotionele reacties op gezondheidsbedreigingen. Mededelingen over gevaren voor de gezondheid kunnen heel goed vrees, afkeer, depressie en boosheid opwekken. Emotionele reacties zijn in hoge mate bepaald door concrete waarnemingen en zijn ten dele onafhankelijk van die cognitieve processen, die het denken vormen. Beelden en geluiden, die het gevaar van een longoperatie schetsen, wekken meer vrees dan de verbale mededelingen over kanker als een fataal ziekteproces.

Daar emoties vaak onafhankelijk zijn van het denken, zijn verschillende vormen van gedrag nodig om én de emotie én de gezondheidsbedreiging het hoofd te bieden.

In de meeste gevallen bestaat er een wisselwerking tussen emotionele en cognitieve processen: òf ze interfereren òf ze versterken elkaar. Een voorbeeld van interferentie is het geval waarbij rokers diagnostisch onderzoek vermijden, omdat ze vrezen dat longkanker aan het licht wordt gebracht.

Positieve wisselwerking vindt plaats als de door vrees gemotiveerde reactie niet incompatibel is met objectieve behoeften. Iemand kan zijn tanden poetsen zowel uit angst voor de pijn van tandbederf en het werk van de tandarts als om er fysiek attractief uit te zien. Onafhankelijkheid en wisselwerking van cognitieve en emotionele processen zijn zichtbaar gemaakt door hun verschillend tijdsverloop (Leventhal & Niles, 1965). Vrees neemt snel af; de cognitieve voorstelling van een gevaar is relatief duurzaam en kan gedurende de tijd meer gedifferentieerd worden (Rogers & Mewborn, 1976). De werking van de cognitieve processen is daardoor gewoonlijk sterker op de lange termijn.

In het DPM zijn drie basiskenmerken te onderscheiden:

1. de twee motieven tot handelen, subjectieve vrees en objectief gevaar, kunnen onafhankelijk zijn.
2. de objectief-cognitieve voorstelling van het gevaar kan onaf-

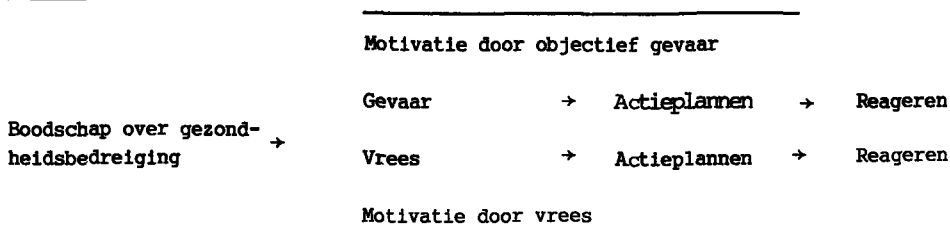
hankelijk zijn van het actieplan.

3. actieplannen als gevolg van een objectief-cognitieve voorstelling van een extern gevaar kunnen onafhankelijk zijn van en/of in wisselwerking zijn met plannen om de subjectieve vrees, opgewekt door de angst, het hoofd te kunnen bieden.

Motivatie, die voortkomt uit de behoefte het gevaar het hoofd te bieden en motivatie die is gebaseerd op het onder controle houden van vrees zijn nu dus onderscheiden.

In figuur 4 wordt het DPM schematisch weergegeven.

Figuur 4 Het Dual Process-Model.



Drie experimenten, waarvan er twee betrekking hebben op inenting tegen tetanus en één op roken, zijn van buitengewoon belang geweest om het DPM aan te passen. Ter illustratie van het DPM worden deze experimenten in het kort beschreven. De effecten op attitudes, intentie tot gedrag en gedrag van twee belangrijke variabelen uit het model zijn vergeleken. De variabelen hebben betrekking op "wekken van vreesniveau" en "aanreiken van specifieke actieplannen" in een boodschap over gezondheidsgedrag.

Veranderingen van attitudes en intenties blijken op korte termijn meer te worden veroorzaakt door boodschappen, waarin een groot vreeseffect is verwerkt dan wanneer het vreeseffect minder groot. Het al dan niet de beschikking geven over actieplannen had op de korte-termijn-veranderingen geen invloed. Op lange termijn echter blijken de in hoge mate en de in mindere mate vreesaanjagende boodschappen even effectief te zijn indien deze gepaard gaan met

specifieke actieplannen. Zonder actieplannen procuderen geen van beide vreesboodschappen veel verandering op lange termijn. Een contrôlegroep, die alleen de actieplannen kreeg, bleek noch in attitudes noch in gedrag te veranderen. De conclusie is dat informatie over dreigend gevaar gepaard dient te gaan met informatie over specifieke actieplannen om op lange termijn gedragsverandering te weeg te brengen (Leventhal e.a., 1983).

Terwijl directe effecten van vrees snel verdwijnen, kan het weten, dat een gezondheidsboodschap vrees teweegbracht ook effect hebben. De herinnering aan de vrees heeft dan een effect op lange termijn (Rosen e.a., 1982).

Individuele verschillen in reactie op vreesmededelingen zijn aanzienlijk. Individuen die zeer angstig zijn, reageren averechts op mededelingen, die vrees- verwekkend zijn, omdat ze het gevaar gaan ontkennen. Het is gebleken, dat geruststelling van individuen, die niet zoveel zelfvertrouwen hebben, te samen met het aanbieden van actieplannen, positief werkt (Beck & Frankel, 1981).

Daarentegen kan excessieve bemoediging of programmering van akties tegenwerking veroorzaken bij personen met een hoge zelfwaardering, die zijn ingesteld op het ontwikkelen van hun eigen actie-plannen (Lund & Kegeles, 1982).

Het HBM en het FDM stimuleren gezondheidsboodschappen, die gevoelens van vatbaarheid voor potentiëel ernstige bedreigingen induceren. De verwachting is, dat gevoelens van vatbaarheid en vrees anders passieve individuen tot actie brengen. Het DPM breekt met deze visie door aan te nemen, dat mensen actief informatie halen uit hun omgeving en op basis daarvan tot zelf-regulatie komen.

Motivatie tot gezondheidsgedrag komt voort uit de voorstelling van een individu van de gezondheidsbedreiging, de mogelijkheden om hieraan te ontsnappen en de relatie tussen ontsnappen en bedreiging.

In de praktijk betekent deze benadering van motivatie, dat we moeten leren hoe individuen informatie opnemen uit de omgeving en

zich informatie herinneren over hun lichaam en over hun methode om plannen te maken en te ontsnappen. Als gevolg daarvan dienen we attent te zijn op de aansluiting van gezondheidsboodschappen op onderliggende meningen over gezondheid van degenen voor wie de boodschappen bestemd zijn.

3.5 Conclusies

Geen van de beschreven modellen is perfect in die zin, dat iedere denkbare determinant van ziekte- en gezondheidsgedrag tot zijn recht zal komen in de juiste verhouding. In de diversiteit van de situaties, waarin gezondheids- of ziektegedrag tot stand komt zal de zwaarte van de factoren verschillend zijn. Daarbij komt nog, dat individuele verschillen van invloed zijn op de motivatie. Met deze beperking voor ogen worden uit elk van de beschreven modellen, die zijn ontwikkeld ter verklaring van gezondheids- of ziektegedrag conclusies getrokken voor praktisch handelen om ouders zo nodig te brengen tot deelname aan preventieve voorzieningen voor jeugdigen van nul tot vier jaar.

MODEL

CONCLUSIES

- *Fishbein & Ajzen*

nagaan van:

- meningen (eigen meningen en die van "belangrijke anderen" over een bepaalde gedraging;
- bereidheid zich aan de mening van belangrijke anderen te conformeren, zo nodig beïnvloeden van deze meningen;

verandering treedt op indien:

- meningen veranderen in de gewenste richting;
- de sociale norm verandert in de gewenste richting ;

en/of

- het gewenste gedrag meer mogelijk wordt gemaakt.

vervolg
MODEL

CONCLUSIES

- *HBM*

benadrukken van:

- vatbaarheid voor ziekten tegen welke de preventieve actie wordt ondernomen;
 - belang van vroegtijdige opsporing van stoornissen in de ontwikkeling;
 - zinvolheid van de preventieve handelingen.
- nagaan van:
- barrières om de preventieve handelingen uit te voeren;
 - verwachtingen die de moeder heeft van een consultatiebureau.

- *FDM*

benadrukken van:

- vreesaspecten in voorlichting over preventieve gezondheidshandelingen, daarbij alert zijn op averechtse werking die sterke vrees heeft.

- *DPM*

- vreesinformatie, die de aandacht richt op de bedreiging, zodat de emotie is verbonden met gezondheidsbedreiging en zijn consequenties en niet op de diagnose en behandeling;
- cognitieve informatie over de oorzaken en consequenties van de bedreiging en de aard en waarschijnlijkheid van baten van actie;
- een actieplan om de bedreiging de baas te kunnen;
- zelf-bevestigende informatie om het individu te verzekeren, dat hij of zij capabel is, om de dreiging succesvol het hoofd te bieden.

Redenen en argumenten van non-participanten aan de preventieve voorzieningen (hoofdstuk 2, schema B) en bezwaren van deelnemers aan de voorzieningen (hoofdstuk 2, schema C) zijn geïnterpreteerd in het kader van de modellen.

<u>Redenen, argumenten en bezwaren</u>	<u>- Dimensies van de Modellen</u>
Principiëel (godsdienstig, anthroposofisch, inbreuk op privé leven)	- mening over de zinvolheid voor preventief handelen is afwijkend van algemeen gangbare mening.
De actie is niet zo zinvol	- niet bereid zich te conformeren aan sociale normen voor preventief gedrag.
Angst	- vrees verbonden aan preventieve handeling (injectie) en niet aan bedreiging door ziekte. - ontbreken van informatie over de ziekte en haar preventie.
Geen besef van preventie	- ontbreken van vreesinformatie, die aandacht richt op de gezondheidsbedreiging en de gevolgen.
Onachtzaamheid	- als bovenstaand.
Kritiek op uitvoerende personen en werkwijzen	- kosten en baten zijn niet met elkaar in evenwicht. - te weinig besef van de zinvolheid van de preventieve handelingen om frustraties van cb-bezoek het hoofd te bieden.
Praktische bezwaren	- als bovenstaand.

De hierboven vermelde interpretaties zijn niet uitputtend, evenmin als de redenen en argumenten.

Door in de praktijk informatie in te winnen bij de zorgpopulatie, die niet deelneemt aan de voorzieningen worden aanwijzingen verkregen voor de richting, waarin vanuit de diensten en instellingen actie kan worden gevoerd.

4. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

"Van de zijde van het staatstoezicht op de Volksgezondheid bereikten de Nationale Kruisvereniging signalen dat het bereik van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters terugloopt. Met name zouden de risicogroepen uit de bevolking, in mindere mate dan gewenst, gebruik maken van de consultatiebureaus. Ten behoeve van een nadere verkenning van dit vraagstuk zijn afgevaardigden van het Ministerie van WVC, de Geneeskundige Hoofdinspectie Volksgezondheid, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de Nationale Kruisvereniging op 25 september 1984 in vergadering bijeen geweest." Tot zover de inleiding van de notitie*, waarin de opmerkingen uit de genoemde vergadering zijn verwerkt.

Het NIPG-TNO heeft in september 1985 de opdracht gekregen voor een literatuurstudie naar bereikbaarheid en gebruik van consultatiebureaus. Deze studie zou informatie moeten opleveren over de feitelijke toestand van non-participatie aan preventieve voorzieningen voor jeugdigen (0-4 jaar). In totaal zijn de resultaten van tien Nederlandse onderzoekpublicaties in kaart gebracht samen met de cijfers van de jaarverslagen van de GG & GD Amsterdam uit dezelfde periode.

De publicaties zijn veelal afkomstig uit het "grijze circuit" van de literatuur. De gepubliceerde onderzoeken zijn verricht door jeugdartsen in het kader van hun sociaal-geneeskundige opleiding - tak jeugdgezondheidszorg, door medische studenten, door studenten van de Vakgroep Gezondheidsleer (Landbouw Hogeschool Wageningen) en medewerkers van research-instituten, zoals het

* N. van Soelingen, 10 januari 1985.

Instituut voor Sociale Wetenschappen te Groningen en het NIPG-TNO. De criteria, waaraan de publicaties over het bereik van cb's voldoen, betreffen registratie van de populatie en methode van onderzoek. Bij bepaling van de omvang van bezoekers van cb's heeft geen dubbel-registratie ten gevolge van verhuizing plaatsgevonden en de data van bezoek zijn verkregen door inspectie van de medische dossiers door de onderzoekers of door jaarverslagstellingen binnen de diensten en niet uitsluitend door enquêteren van ouders.

Als van deze criteria wordt uitgegaan zijn over de totale Nederlandse zorgpopulatie geen cijfers bekend. Wel heeft het CBS in de periode 1981-1983 een gezondheidsenquête (GE) verricht bij de moeders van jonge kinderen, die een steekproef vertegenwoordigen van de Nederlandse bevolking van 0-4 jaar (Swinkels, 1985). Hierbij is aan de moeder in een gesprek gevraagd, of zij in het afgelopen jaar met het kind naar een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters is geweest en hoe vaak zij met dat kind in het afgelopen jaar naar het consultatiebureau is geweest.

De in kaart gebrachte onderzoeken betreffen lokale situaties in Amsterdam, Arnhem, Groningen, Den Haag, Nijmegen en Zwolle. De onderzoeksgroepen zijn afkomstig uit geboortecohorten van de periode 1976-1984. De uitkomsten van gezondheidsenquête (GE) zullen in de discussie van de lokale onderzoeken worden betrokken.

Uit de resultaten van de lokale onderzoeken kan worden afgeleid, dat het *werkelijk bereik* van de consultatiebureaus groot is. *De deelname aan het cbz* kan voor de levendgeborenen worden geschat op 90%.

Eveneens afgeleid van de lokale onderzoeken kan het deel van de zorgpopulatie, dat elders onder medische zorg is worden geschat op 5-7%. In dit verband is de volgende bevinding uit de GE van belang. De (door de moeders gerapporteerde) algemene gezondheidstoestand van het kind is van degenen, die het cb bezoeken beter dan van de

kinderen, die het cb niet bezoeken. Van deze laatsten werden meer kinderen in een ziekenhuis opgenomen dan van de kinderen, die het cb bezoeken. Een groter gedeelte van de cb-bezoekers dan van de non-participanten heeft een goede tot zeer goede gezondheid. Het verschil bedraagt 3,8% ($p < 0.05$). Een aanzienlijk kleiner gedeelte van de bezoekers dan van de non-participanten heeft een wisselende tot slecht gezondheid. Het verschil is 3,4% ($p < 0.01$). De gezondheidstoestand van een deel van de non-participanten is van dien aard, dat zij onder behandeling zijn van een specialist. Het percentage cb-bezoekers dat in het jaar voorafgaande aan de enquête contact heeft gehad met een specialist is aanzienlijk kleiner (8,3% $p < 0.01$), dan het percentage van de kinderen, die het cb niet bezoekt (resp. 31,6 en 39,9%).

Rekening houdend met "eerste weeksterfte" van een half procent zal dus 2,5% à 4,5% van de zuigelingen niet onder medische zorg zijn. De groep non-participanten kan, volgens de lokale onderzoeken, niet worden gekenmerkt als behorend tot een bepaalde sociaal economische laag. Volgens de GE van het CBS zouden meer hoger opgeleide moeders met hun kind het cb consulteren dan moeders met een lagere opleiding. Uit dit gegeven kan echter niet worden geconcludeerd, dat sociaal zwakkeren minder gebruik zouden maken van cb's. Redelijkerwijs kan worden aangenomen, dat het in het algemeen ook niet de etnische minderheden zijn, die geen gebruik maken van het cb. In Amsterdam en in Den Haag (resp. Lim-Feijen, 1983; Kuiper e.a., 1985) is vastgesteld, dat in die plaatsen non-participatie aan cb's niet meer wordt veroorzaakt door migranten.

Bij een onderzoek in Flevoland naar verband tussen lidmaatschap van een Kruisvereniging en medisch en/of sociaal "at risk" zijn bleek er geen verband te bestaan (Van der Linde & Peters, 1984b). Uit dit lokale gegeven kan niet worden afgeleid dat de groep non-participanten juist die kinderen zijn, die juist preventieve gezondheidszorg behoeven, omdat zij een risicogroep zouden vormen.

Wel lopen niet-(regelmatige) bezoekers veel meer kans niet volledig te zijn ingeënt voor DKTP. Uit een jaarverslag van de Geneeskundige Hoofdinspectie over de vaccinatietoestand per 1 september 1984 blijkt van de geboortecohorten 1980 en 1981 5,5% niet volledig te zijn ingeënt. Uit de lokale onderzoeken blijkt, dat deze percentages voor de niet-(regelmatige) bezoekers variëren van 29% à 55%. Ook nemen niet-(regelmatige) bezoekers in mindere mate deel aan de screening van het gehoor dan regelmatige bezoekers van het cbz.

Een andere vraag is of de kinderen, die ingeschreven zijn bij het cb de instelling ook regelmatig bezoeken. Over achterblijvend bezoek zijn weinig getallen bekend. Uit het onderzoek bij zuigelingen uit migrantenwijken in Den Haag (Kuiper e.a., 1985) blijkt, dat 88 à 90% van de ingeschrevenen het cbz meer dan zesmaal bezoekt in een periode van 14 maanden. Deze percentages zijn in ongunstige zin beïnvloed door de bezoekfrequentie van de Marokkanen.

Notten (1985) vindt dat 10,9% van de ingeschreven kinderen het cbz onregelmatig bezoekt. Van deze groep is ruim tweederde onder zorg van huisarts of kinderarts.

Een probleem bij de vergelijking van bovengenoemde percentages is, dat de getallen op verschillende populaties, die niet zonder meer vergelijkbaar zijn, betrekking hebben. Ook de definities van achterblijvend bezoek verschillen.

In de onderzoeken, waarbij kinderen van de geboortejaren 1978 en eerder zijn betrokken komt non-participatie in veel sterkere mate voor bij kinderen afkomstig van etnische minderheden dan bij de Nederlandse kinderen (Gunning-Schepers, 1981; Krabbenbos-Zethoven e.a., 1984). Genoemd onderscheid treedt veel minder op in die onderzoeken met betrekking tot de kinderen uit de geboortejaren van 1982 en daarna (Lim-Feijen, 1983; Kuiper e.a., 1985).

Volgens de cijfers van de jaarverslagen van de GG & GD te Amsterdam (1980-1984) bezoekt 90% van de 1-4 jarigen het cbk. De percen-

tages verschillen nauwelijks van die voor het cbz. Dat wil zeggen, dat deze hoog zijn, gezien de bevindingen van lokale onderzoeken elders.

De oprichting van het kleuterconsultatiebureau is van veel latere datum dan die van het zuigelingenbureau. In het jaarverslag over 1982 van de GG & GD te Amsterdam staat, dat in 1903 de toenmalige Gemeentelijke Geneeskundige Dienst een consultatiebureau voor zuigelingen opende. Eerst vanaf 1933 is in Amsterdam de mogelijkheid geboden van consultatie voor kleuters. In 1918 ging in Breda het eerste consultatiebureau voor zuigelingen van start, terwijl in 1932 de eerste drie kleuterbureaus werden opgericht (Swaak, 1982). De auteur vermeldt, dat de aanvankelijke ontwikkelingen zeer traag verliepen, omdat deze bureaus niet (zoals de zuigelingenbureaus) een concrete duidelijke doelstelling hadden. Het bestrijden van een hoog sterftecijfer spreekt duidelijker tot de verbeelding van ouders dan het beschermen, handhaven en bevorderen van de gezondheid van de kleuter door middel van begeleiding van groei en ontwikkeling, vroegtijdige signalering, onderkenning en opsporing van functionele en structurele pathologie, het uitvoeren van preventieve maatregelen, beïnvloeding van het milieu en gezondheidsvoorlichting. Eerst in 1977 is in Noord-Brabant het percentage bereikte kleuters 70%. In 1978 en in 1979 is dit ruim 74% geworden. Volgens het Haagse onderzoek (Kuiper e.a., 1985) brengt 5% van de kinderen, die wel zijn ingeschreven, géén bezoek aan het cbk; 19% van hen bezoekt het bureau slechts één à twee maal. Kleuters (van 15 maanden tot bijna 5 jaar) worden geacht ongeveer zesmaal in deze levensfase op het cb te verschijnen (Swinkels, 1985). Ongeveer een kwart van genoemde onderzoek-populatie vertoont dus achterblijvend bezoek.

Niet bezoeken van cbk hangt samen met een hoger rangnummer van het kind in het gezin. Uit de gegevens van de GE blijkt, dat met het toenemen van de leeftijd de contactfrequentie van de kleuter met het cbk afneemt.

Aangenomen kan worden, dat ook van de groep niet-bezoekers van cbk een deel elders onder medische zorg is. In een van de lokale onderzoeken is dit voor ruim 1% van de zorgpopulatie vastgesteld.

Uit een onderzoek naar deelname aan de eerste *screening van het gehoor* bij een steekproef uit de Haagse zorgpopulatie van het geboortear 1980 blijkt 84% deel te nemen. De jaarverslagen (1980-1984) van de GG & GD te Amsterdam geven eenzelfde percentage. Deze percentages voor deelname zijn lager dan het landelijk opkomstpercentage (93% à 95%) voor gehoorscreening volgens Ewing, zoals vermeld in de jaarcijfers 1983 van de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind. De opkomstpercentages in de twee grote steden, i.c. Amsterdam en Den Haag zijn lager (zie de onderzoeken die zijn vermeld op pagina 31). Aangezien het gaat om groepen van het geboortear 1980 is het mogelijk dat de cijfers van bovengenoemde steden ongunstiger zijn door de toen nog lagere opkomst van de migranten.

Het is van belang om te weten waarom ouders, afgezien van medische redenen en fysieke onmogelijkheid, niet deelnemen aan preventieve voorzieningen van gezondheidszorg voor hun kinderen. Onderzoek verricht bij non-participanten is schaars.

Enig onderzoek werd uitgevoerd, om tevredenheid en ontevredenheid van deelnemers aan cb's vast te stellen.

Om redenen voor niet-gebruik en bezwaren bij gebruik van cb's in een ruimer kader te plaatsen zijn vier theoretische modellen beschreven ter verklaring van ziekte- en gezondheidsgedrag. Als eerste is het model van Fishbein en Ajzen, waarin het verband tussen meningen (beliefs), attitudes, gedragsintenties en gedrag evident is gemaakt. Dan volgt het Health Belief Model, dat als invulling van het model van Fishbein en Ajzen kan worden gezien.

Het Health Belief Model geeft aan, dat meningen, die gezondheids- en ziektegedrag bepalen betrekking hebben of vatbaarheid voor een

ziekte, ernst van de ziekte, verwachte baten van de preventieve handeling afgewogen tegen de moeite die de handeling kost. In beide modellen zijn de cognitieve processen die motiverend zijn voor gezondheids- en ziektegedrag in schema gebracht. In het volgende model, het Fear Drive Model is van emotionele processen als drijfveren voor gezondheidsgedrag uitgegaan. Het is de vrees voor gevolgen van ziekte, die een individu brengt tot gezondheidsgedrag. In het laatste model, het Dual Process Model, zijn zowel cognitieve als emotionele processen betrokken. In dit model zijn het Health Belief Model en het Fear Drive Model geïntegreerd. De nadruk wordt bovendien gelegd op de zelf-regulatie van individuen op grond van informatie, die zij trekken uit de omgeving. Op basis van het model zijn suggesties gegeven voor zogenaamde gezondheidsboodschappen. Gevolgtrekkingen voor de praktijk van het werk zijn afgeleid van de vier modellen.

Over redenen van ouders om hun kinderen niet te laten deelnemen aan voorzieningen zijn twee studies verricht. Respondenten van enquêtes, uitgevoerd door tijdschriften uitten negatieve kritiek op cb's. Het betreft vooral de structuur van de hulpverlening (lange wachttijden, de wijze van optreden (betuttelend) en ten onrechte ongerust makende diagnoses). Deze negatieve kritiek gaf aanleiding tot twee evaluatie-onderzoekingen uitgevoerd bij cliënten van cb's. Hieruit bleek daarentegen, dat ouders in het algemeen wél tevreden zijn over het cb.

De uitspraken van niet- of niet-regelmatig bezoekers van cb's en van ouders, die hun kinderen niet laten inenten, zijn geclassificeerd. Vervolgens zijn deze geïnterpreteerd op de dimensies van de beschreven modellen.

De modellen zijn in deze studie dus gebruikt voor interpretatie achteraf van uitkomsten van onderzoek.

5. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zullen op grond van de bevindingen uit de publicaties aanbevelingen worden geformuleerd met betrekking tot het beleid van de Nationale Kruisvereniging, de praktijk en het onderzoek.

Aanbevelingen met betrekking tot het beleid van de Nationale Kruisvereniging en Geneeskundige Hoofdinspectie

1. Binnen het huidige administratiesysteem van de consultatiebureaus is het onduidelijk hoeveel dubbelregistraties van ingeschreven zuigelingen hebben plaatsgevonden. Om tot verbetering te komen dient een landelijk bestand van ingeschrevenen te worden opgebouwd. Te overwegen is de invoering van de datum van inschrijving in een geautomatiseerd verwerkingssysteem.
2. Om na te kunnen gaan of de ingeschreven zuigelingen en kleuters ook feitelijk het consultatiebureau bezoeken is het noodzakelijk de bezoeksfrequenties aan de bureaus in te voeren in het geautomatiseerde landelijke systeem. Daarbij dient in ieder geval te worden opgenomen: de ethniciteit van het kind, langdurig verblijf buiten de woonplaats en langdurige opname in ziekenhuis of inrichting; verder een eventueel verschil tussen geboortjaar en teljaar voor de registratie. Zowel bij deze registratie als bij onderzoek op basis van deze gegevens zal echter nadrukkelijk rekening moeten worden gehouden met de "bescherming van de persoonlijke levenssfeer".
3. Teneinde de centrale registratie van vaccinatie-gegevens te verbeteren zouden zorgverlenende instanties, die de vaccinatiecomputerkaarten niet insturen naar het centrale punt, persoonlijk benaderd dienen te worden vanuit de Geneeskundige Hoofdinspectie.

4. Om ouders blijvend te motiveren deel te nemen aan preventieve voorzieningen, zoals inentingen, zal door middel van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding continu informatie gegeven dienen te worden over oorzaken en gevaren van ziekten, die door de preventie niet meer uitbreken en daardoor onzichtbaar zijn geworden. De voorlichting zou deel moeten uitmaken van een breder gerichte voorlichting over de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van het kind.

Aanbevelingen met betrekking tot de praktijk van het werk

1. Om inzicht te krijgen in de motivatie van ouders om geen gebruik te maken van de diensten van de jeugdgezondheidszorg in het kader van het kruiswerk zou op sommige cb-peilstations een geprecodeerde checklist voor gezondheidsgedrag op basis van theoretische modellen kunnen worden ontwikkeld. De wijkverpleegkundige kan hierop aangeven wat haars inziens de reden is waarom ouders geen gebruik maken van de zorg.
Vervolgens zou jaarlijks per lokatie kunnen worden vastgesteld welke dimensie(s) hierop van invloed zijn teneinde een op de plaatselijke omstandigheden afgestemde actie te kunnen voeren om participatie te bevorderen.
2. Het is gebleken, dat non-participanten aan de cb's verminderd deelnemen aan de screening van het gehoor en aan de inentingen. Derhalve zal door de uitgenodigde instantie extra aandacht dienen te worden besteed aan de non-participanten om de screening en de inentingen te kunnen uitvoeren.
3. Als van een kind elders al dan niet onder zorg, de ouders geen gehoor geven aan de oproep voor gehoorscreening, zou dit een reden tot huisbezoek of andere actie moeten zijn.
4. Op basis van theoretische modellen is onderzoek verricht naar mogelijkheden ter bevordering van gezondheidsgedrag. Gebleken

is, dat het aanbieden van actieplannen een belangrijke functie heeft om gezondheidsgedrag te bevorderen. Niet-(regelmatige) bezoekers zouden geholpen kunnen worden om cb-bezoek in te passen in de gewone dagelijkse bezigheden.

5. Het cbk spreekt niet zo tot de verbeelding als het cbz. Juist in de peuter- en kleuterperiode komen talloze fysieke, zintuigelijke, psychische, emotionele en sociale functies tot ontwikkeling en rijpheid. Ouders zouden continu informatie dienen te verkrijgen over de opeenvolgende perioden van het ziekteverloop, zoals weergegeven in een schema door Swaak (1982) en over de betekenis van primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Aanbevelingen met betrekking tot het onderzoek

1. Determinanten van achterblijvend bezoek zullen bepaald zijn zowel door de cliënt als door de dienstverlenende instelling. Data over de cliënt zullen het meest effectief kunnen worden verzameld door inspectie van medische dossiers. Een voorwaarde is, dat zorgvuldige registratie van de bezoeken van de cliënt wordt verricht door degenen, die het praktisch werk uitvoeren. Kenmerken van de dienstverlenende instelling met betrekking tot huisvesting van het bureau, goede organisatie, zorgvuldige werkwijze en cliënt-gerichte benadering dienen door een neutrale instantie te worden vastgesteld.
Het effect van deze kwalitatieve kenmerken van bureaus op bezoeksfrequenties van cliënten dient systematisch te worden nagegaan, om deze kwaliteiten te versterken.
2. Alvorens conclusies te trekken over non-participatie van een zorgpopulatie dient te worden nagegaan in hoeverre onderrapportage (bijvoorbeeld van inentingen) een onjuist beeld geeft van de situatie.

3. Aangezien bij voortduring veronderstellingen worden gemaakt over non-participatie van bevolkingsgroepen, die medisch en/of sociaal "at risk" zijn, zou bij een steekproef uit de zorgpopulatie van gemeenten, die een zodanig sociaal-economisch gedifferentieerde bevolkingsopbouw hebben, dat deze representatief kan worden geacht voor de landelijke situatie en bij een steekproef uit de cb-bezoekers van dezelfde gemeenten dienen te worden nagegaan in hoeverre dit verband bestaat. Daarbij dient te worden nagegaan in hoeverre participanten en non-participanten verschillen met betrekking tot een aantal gedragsdeterminanten. Eventuele verschillen zouden aangrijpingspunten kunnen bieden tot (voorlichtings) acties om participerend gedrag te bevorderen. Onderzoek zou kunnen plaatsvinden met gebruikmaking van de cb-peilstations.
4. Onderzoek wordt ad hoc verricht door jeugdartsen in opleiding en studenten van de Vakgroep Gezondheidsleer van de L.H. Aangezien deze situatie wel zal worden gecontinueerd, zou voor Nederland een programma voor onderzoek dienen te worden gemaakt, zodanig dat lokale onderzoeken complementair zijn. Binnen dit programma dienen afspraken te worden gemaakt over criteria en definities. Integratie van onderzoek zou kunnen geschieden door een researchinstituut in overleg met het bureau van de Nationale Kruisvereniging.

LITERATUUR

- AJZEN; I. Attitudinal vs normative messages; an investigation of the differential effects of persuasive communications on behavior. *Sociometry* 34 (1971) 263-80 (cit. Fishbein & Ajzen, 1975).
- AJZEN, I., & FISHBEIN, M. The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *J. exp. soc. Psychol.* 6 (1970) 466-87.
- AJZEN, I., & FISHBEIN, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey, Prentice Hall, 1980.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.* 84 (1977) 191-215.
- BECK, K.H. & FRANKEL, A. A conceptualisation of threat communications and protective health behavior. *Soc. Psychol. Quart.* 44 (1981) 204-17.
- BECKER, M.H. Psychosocial aspects of health related behavior. In: H.E. Freeman (ed.), *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, 1979.
- BECKER, M.H., HAEFNER, D.P., KASL, S.V. e.a. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Med. Care* 15 (1977) 27-46.
- BEN-SIRA, Z. Latent fear-arousing potential of fear-moderating and fear-neutral health promotion information. *Soc. Sci. Med.* 15E (1981) 105-12.
- BOENDERMAKER-VAN DIJK, E.H. & GÖPNER, M.T. Eerst de Ewing en wat dan Scriptie vervolgoopleiding JGZ 83-85, Leiden, NIPG-TNO, 1986.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek, e.a. Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1979. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.
- COMMANDEUR, S. & KARDINAAL, A. Onderzoek in Zwolle en omliggende gemeenten naar de mate, waarin kinderen het consultatiebureau bezoeken. Wageningen, Landbouw Hogeschool Wageningen, Vakgroep Gezondheidsleer, februari 1984.

- CONDIOTTE, M.M. & LICHTENSTEIN, E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. J. Consult. Clin. Psychol. 49 (1981) 648-58.
- CUMMINGS, K.M. BECKER, M.H. & Maile, M.C. Bringing the models together; an empirical approach to combining variables used to explain health actions. J. Behav. Med. 3 (1980) 123-45.
- DILLO- BLUMENBERG, W. & VERNOOY-ELSHOVE, J. Zijn ouders tevreden over het zuigelingenbureau? 's-Hertogenbosch, Kruisvereniging, 1985.
- EVERAARS, A.W. & NEUT-NOORDENBURG, A.C.M., VAN DER. Zuigelingenbureau, waarom niet? Groningen, Prov. Groene Kruis, 1978.
- FISHBEIN, M. Sexual behavior and propositional control. Paper read at the Psychonomic Society meetings, 1966 (cit. Fishbein & Ajzen, 1975).
- FISHBEIN, M. e.a. Attitudinal variables and behavior; three empirical studies and a theoretical reanalysis. Seattle, Univ. of Washington, 1970. (Techn. Rep. no. 70-9 ARPA Order 454, contract 177-473. N 00014-67-AO 103-0013).
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. Belief, attitude, intention and behavior. London. Addison-Wesley, 1975.
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID, Vaccinatie-toestand Nederland per 1 september 1984, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1986).
- GUNNING-SCHEPERS, L. Kleuterbureaus voor multiculturele groepen in Amsterdam; deelname aan het vaccinatie- en gehoorscreeningsprogramma door Nederlandse en door buitenlandse kinderen. T. Soc. Geneesk. 59 (1981) 471-7.
- HIGHBEE, K.L. Fifteen years of fear arousal. Psychol. Bull., 72 (1969) 426-44 (cit. Leventhal e.a., 1983).
- HOSMAN, C.M.H. Psychosociale problematiek en hulpzoeken; een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.
- JAARVERSLAGEN GG & GD, Amsterdam, 1978-1984.
- JANIS, I.L. Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research. In: L. Berkowitz (ed.), Advances in experimental Social Psychology (vol.3) New York, Academic Press, 1967, (cit. Leventhal e.a., 1983).

- JANIS, I.L. & FESBACH, S. Effects of fear - arousing communication. J. Abnorm. Soc. Psychol. 48 (1953) 78-92 (cit. Leventhal e.a., 1983).
- JANSEN, J.H. Deelname aan georganiseerd bevolkingsonderzoek naar kanker. IKR-Bulletin 7 (1983) 22-4.
- JANZ, N.K. & BECKER, M.H. The Health Belief Model; a decade later. Hlth. Educ. Quart. 11 (1984) 1-47.
- KAMENETSKY, J., BURGESS, G.G. & ROWAN, T. The relative effectiveness of four attitude assessment techniques in predicting a criterion. Educ. psychol. Meas. 16 (1956) 187-94 (cit. Fishbein & Ajzen, 1975).
- KING, J.B. Illness attributions and the health belief model. Hlth.-Educ. Quart. 10 (1984) 287-312.
- KNAPEN, M. & PUTS, P. Van buitenaf bekeken; een onderzoek onder niet-leden en ex-leden van lokale kruisverenigingen. Nijmegen, Gem. Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1984.
- KOK, G.J. Een model van gedragsverandering ná voorlichting. Ned. T. Psychol. 40 (1985) 71-6.
- KOK, G.J., BUISMAN, W.R., KAMPSCHUUR, P.O., KIRST, L. & VANGE, P. VAN DER. Attitudes, sociale normen en gedrag. Ned. T. Psychol. 36 (1981) 57-63.
- KRABBENBOS-ZETHOVEN, A., MEIJER-SPIJKER, L.J. & STRENS-MEULEMEESTER, J.A.M. Kleuterconsultatie-bureau, een onderzoek naar non-participatie. Nijmegen, K.U.N., Instituut voor Soc. Geneeskunde, Opleiding JGZ, mei 1984.
- KUIPER, C.M. Meten van meningen. Proefschrift R.U. Leiden, 1977.
- KUIPER, C.M., SCHLESINGER-WAS, E.A. & VAANDRAGER, G.J. Preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten; een onderzoek naar de deelname aan de Jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) in Den Haag. Leiden, NIPG-TNO, 1985.
- KUIPER, C.M., SCHLESINGER-WAS, E.A. & VAANDRAGER, G.J. Preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten; een onderzoek naar de deelname aan de Jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) in Den Haag. T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 365-9.
- LAAR, F. VAN. Jeugdgezondheidszorg en sociale ongelijkheid. Maatsch. Gezondheidsz. 9 (1981) nr. 11, 14-8.

- LEVENTHAL, H. Fear appeals and persuasion: the differentiations of a motivational construct. Amer. J. Publ. Hlth. 61 (1971) 1208-24 (cit. Leventhal:e.a., 1983).
- LEVENTHAL, H. & NILES, P. Persistence of influence for varying durations of exposure to threat stimuli. Psychol. Rep. 16 (1965) 223-33 (cit. Leventhal e.a., 1983).
- LEVENTHAL, H., Safer, M.A. & PANAGIS, D.M. The Impact of communications on the self-regulations of health beliefs, decisions and behavior. Hlth. Educ. Quart. 10 (1983) 3-29.
- LIM-FEIJEN, J.F. De buitenlandse zuigelingen en de GG & GD-Jeugd-gezondheidszorg te Amsterdam. Scriptie Vervolgopleiding JGZ 1979. Leiden, NIPG-TNO, 1983.
- LINDE, A., VAN DER & PETERS, H. Het bereik van consultatiebureaus in Flevoland. Wageningen, Landbouw Hogeschool Wageningen, Vakgroep Gezondheidsleer, oktober 1984. a. (verslag).
- LINDE, A., VAN DER & PETERS, H. Geboorteregistratie in Flevoland. Wageningen, Landbouw Hogeschool Wageningen, Vakgroep Gezondheidsleer, oktober 1984. b. (verslag).
- LUND, A.K. & KEGELES, S.S. Increasing adolescents' acceptance of long term personal health behavior. Health Psychol. 1 (1982) 27-43.
- MEER, F. VAN DER. Attitude en milieugedrag. Proefschrift R.U. Leiden, 1981.
- MEERTENS, R.W. & STALLEN, P.J.M. Beoordeling van kernenergie: evaluaties, beliefs en attitudes. Ned. T. Psychol. 36 (1981) 45-55.
- NOTTEN, M.M.J. Vaccinatietoestand van en gehooronderzoek bij niet (regelmatig) onder zorg van de afdeling JGZ van de GG & GD Amsterdam zijnde zuigelingen. Scriptie Vervolgopleiding JGZ 1980. Leiden, NIPG-TNO, 1985.
- OOST, J. VAN. De vaccinatietoestand van een groep Haagse schoolkinderen. Epidemiol. Bull. 's-Gravenhage 19 (1984) nr. 2, p. 12-5.
- ROGERS, R.W. & MEWBORN, C.R. Fear appeals and attitude change: effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. J. Pers. soc. Psychol. 34 (1976) 54-61.

- ROS, O. & HARTING, R. Een onderzoek naar redenen die mensen hebben voor het niet laten inenten van hun kinderen. Keuze-practicum 1980, o.l.v. J. Huisman, GGD, Rotterdam, 1980.
- ROSEN, T.J., TERRY, N.S. & LEVENTHAL, H. The role of esteem and coping in response to a threat communication. J. Res. Personal. 16 (1982) 90-107.
- ROSENSTOCK, J.M. Historical origins of the health belief model. Hlth. Educ. Monogr. 2 (1974) 332.
- SWAAK, A.J. Jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen; droom en werkelijkheid. Med. Contact 37 (1982) 486-92.
- SWINKELS, H.W.A.M. Contacten van zuigelingen en kleuters met het consultatiebureau 1981-1983. Mnd. ber. gezondheid (CBS) (1985) nr. 7, p. 26-31.
- TAX, B. HEIJENDAEL, P. & PERSOON, J. Tandheelkundig gezondheids-gedrag; verschillen tussen participanten en non-participanten aan het Nijmeegse groei-onderzoek en enige opmerkingen over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. T. Soc. Gezondheidsz. 56 (1978) 510-23.
- TITTLE, C.R. & HILL, R.J. Attitude measurement and prediction of behavior; an evaluation of conditions and measurement techniques. Sociometry 30 (1967) 199-213 (cit. Fishbein & Ajzen, 1975).
- VERVEEN- KEULEMANS, E.M. Buitenlandse kinderen in de jeugdgezondheidszorg. T. Soc. Geneesk. 57 (1979) 21-9.
- VLIET, W.E., VAN & BULTJE-MEIRING, J.E. Kleuterconsultatiebureaus in de stad Groningen, Inst. v. Soc. Med. Wetenschap, april 1979.
- WICKER, A.W. Attitudes vs actions; the relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. J. Soc. Issues 25 (1969) 41-78 (cit. Fishbein & Ajzen, 1975).
- WIERINGEN, J.C.M., VAN & ENGELSMAN, J.M.G. Tevredenheidsonderzoek consultatiebureaus zuigelingen-zorg Amsterdam. Amsterdam, Gemeentelijk Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 1984.

Consultatiebureau-gedeelte van Zorgpakket Jeugdgezondheidszorg/Kruiswerk uitgewerkt

Fase I

Prenatale periode

- Registratie
- Aanbod pakket kruiswerk aan de ouder(s)
- Zwangerschapsgymnastiek
- Adviseren en (anticiperend) voorlichten
- Bereikbaarheid vaststellen van de wijkverpleging

Fase II

Perinatale periode

- Geboorteregistratie
- Aanbod pakket kruiswerk aan ouder(s)
- Screening CHT/PKU
- Bereikbaarheid vaststellen van de wijkverpleging

Fase III

Zuigelingenperiode

- Zuigelingenregistratie
- Aanbod dan wel bevestiging IGZ-pakket
- Bereikbaarheid vaststellen van wijkverpleging c.q. consultatiebureau-team
- Periodiek onderzoek met aandacht voor de volgende punten

- * familie- en/of intervalanamnese
- * algemene indruk/observatie

- * lichamenlijk onderzoek (zie bijlage 1)

- Volgen van ontwikkeling (o.a. onderzoek psychomotorische ontwikkeling)

- Onderzoek van de zintuigfuncties (gehoor en visus)

- Bespreken met de ouders van de bevindingen van het onderzoek

- Adviseren en (anticiperend) voorlichten, alsmede

- ouder(s) gelegenheid bieden voor onderlinge uitwisseling van gegevens en ervaringen over voor de ontwikkeling specifieke aspecten

- (zie bijlage 2)

- Immunisaties

- a) voorbereiden van de ouder(s) en de immunisaties

- b) reacties op vorige immunisaties navragen

- c) uitvoeren van de immunisaties DKTP I, II, III, IV en mazelen

- Overdracht van de zorg aan het team van het consultatiebureau voor peuters/kleuters

Fase IV

Peuter/kleuterperiode

- Kleuterregistratie
- Aanbod dan wel bevestiging IGZ-pakket

- Bereikbaarheid vaststellen van wijkverpleging c.q. consultatiebureau-team

- Periodiek onderzoek met aandacht voor de volgende punten

- * familie- en/of intervalanamnese

- * algemene indruk/observatie

- * lichamenlijk onderzoek (zie bijlage 3)

- Volgen van de ontwikkeling (o.a. onderzoek psychomotorische ontwikkeling)

- Onderzoek van de zintuigfuncties (gehoor en visus)

- Bespreken met de ouder(s) van de bevindingen van het onderzoek

- Adviseren en (anticiperend) voorlichten, alsmede

- ouder(s) gelegenheid bieden voor onderlinge uitwisseling van gegevens en ervaringen over voor de ontwikkeling specifieke aspecten

- Immunisaties

- a) voorbereiding van de ouder(s) op de immunisaties

- b) reacties op de vorige immunisaties navragen

- c) uitvoeren van de immunisaties DKTP 4 jaar

- Overdracht van de zorg aan de schoolgezondheidszorg

Bijlage 1

Aandachtspunten lichamenlijk onderzoek op zuigelingenconsultatiebureau

- meten

- * lichaamslengte

- * hoofdomtrek

- wegen lichaamsgewicht

- voedingstoestand

- huid

- lymfeklieren

- hoofd/fontanel

- mond/gebit

- neus-keelholte/tonsillen

- hals

- borst

- * vorm

- * hart

- * longen

- buik: lever, milt, mieren, hes, art. femorals

- genitalia externa (bij jongetjes plaats testikels)

- heupen: abductie, beenlengte, kniehoogte, bilplooiën

- ledematen

- wervelkolom/rug

- neurologisch onderzoek: reflexen, tonus

Bijlage 2

Aandachtspunten adviseren en (anticiperend) voorlichten op het zuigelingenconsultatiebureau

- inzake aspecten die voor de ontwikkeling van het kind op dat moment specifiek zijn

- gezondheidsvoorlichting en opvoeding (algemeen)

- voeding, eten en drinken

- verzorging en opvoeding

- mondhygiëne

- veiligheid in en om de woning

- spelen en speelgoed

- communicatieve ontwikkeling (o.a. rimpjes, zinnen, voorlezen)

- seksuele voorlichting

- slapen

- zindelijkheidsfuncties

- zelfstandigheid

- contact met volwassenen en kinderen

- reizen en vakantie

- kinderopvang, oppas

- overige

- lichaamslengte

- wegen lichaamsgewicht

- voedingstoestand

- lichaamshouding

- huid

- lymfeklieren

- hoofd/fontanel

- mond/gebit

- neus-keelholte/tonsillen

- hals

- borst

- * vorm

- * hart

- * longen

- buik: lever, milt, mieren, navel, hes, art. femorals

- genitalia externa (bij jongetjes plaats testikels)

- heupen: abductie, beenlengte, kniehoogte, bilplooiën

- ledematen

- wervelkolom/rug

- neurologisch onderzoek: reflexen, tonus

Bijlage 3

Aandachtspunten lichamenlijk onderzoek op peuter/kleuterconsultatiebureau

- meten lichaamslengte

- wegen lichaamsgewicht

- voedingstoestand

- lichaamshouding

- huid

- lymfeklieren

- hoofd/fontanel

- mond/gebit

- neus-keelholte/tonsillen

- hals

- borst

- * vorm

- * hart

- * longen

- buik: lever, milt, mieren, navel, hes, art. femorals

- genitalia externa (bij jongetjes plaats testikels)

- heupen: abductie, beenlengte, kniehoogte, bilplooiën

- ledematen

- wervelkolom/rug

- neurologisch onderzoek: reflexen, tonus

- overige

Bron:

Maatschappelijke Gezondheidszorg
12e jaargang nummer 10/oktober

1984

Welk budget is hierbij betrokken (gemeenten in proefgebieden en vier grote steden)? Welk percentage is dit van het totaalbudget van het desbetreffende beleidsterrein?

§ 13. ONDERZOEKSBELEID

106

Mag uit de zinsnede, dat het meer specifiek beleidsgerichte onderzoek, dat via opdrachtverlening aan de daarvoor meest geschikte instituten tot stand komt, afgeleid worden dat het beleid in deze sector primair gericht is op privatisering?

§ 14. AUTOMATISERING EN INFORMATIEVOORZIENING

107

Wordt er in de beleidsnota informatievoorziening uitgegaan van het beleid, zoals dat door de minister van Binnenlandse Zaken als coördinerend minister voor automatisering bij de rijksdienst wordt ontwikkeld? Wanneer zal de beleidsnota informatievoorziening gereed zijn?

HOOFDSTUK 2. WELZIJN

§ 1. MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING

1.1. Inleiding

108

Wanneer komt het rapport van de Commissie afstemming financieringsstelsels?

109

Ken de stelling worden toegelicht dat de maatschappelijke dienstverlening de kwetsbaarste groepen in de samenleving bereikt? Is bedoeld dat de maatschappelijke dienstverlening uitsluitend die groepen bereikt en ook dat uitsluitend die vorm van dienstverlening ze bereikt?

1.2. Bestuurlijke aangelegenheden

110

Zal de nota Eerste-lijnszorg reeds oplossingen bevatten voor het probleem van de verschillende financieringsstelsels van maatschappelijk dienstverlening en gezondheidszorg?

111

Welk richtlijnen-instrumentarium ten behoeve van M.D.-voorzieningen was in de ontwerp-invoeringswet KSW opgenomen, waarnaar wordt verwezen op blz. 50?

112

Waarop berust de conclusie van blz. 51 eerste gedeelte?

1.3. Weglekeffecten

113

Betakt de studie naar de «weglekeffecten» dat gerekend wordt met de mogelijkheid te komen tot relatief (in relatie tot inkomensniveau) hogere eigen bijdragen?

voor zover dergelijk onderzoek niet kan worden geplaatst in de onderzoeksprogramma's van de door het departement van WVC gesubsidieerde onderzoeksinstituten. Het onderzoeksbeleid is wat dat betreft erop gericht kwalitatief verantwoord onderzoek te doen uitvoeren waarvan de resultaten zo goed mogelijk aansluiten op de door het departement geformuleerde probleemstelling en voorts op een efficiënte en effectieve aanwending van de daarvoor beschikbare middelen.

De keuze van het uitvoerend onderzoeksinstituut waaraan een opdracht wordt verleend, wordt primair bepaald door de aard van de door het departement vastgestelde probleemstelling en de eisen die daaruit voor de aanpak van het probleem voortvloeien. Daarbij wordt gelet op de wetenschappelijke discipline(s), onderzoekservaring in het desbetreffende probleemveld, (organisatorische) capaciteit, expertise-opbouw en dergelijke van het instituut en op de kosten die met het project gemoeid zijn. Voor onderzoeksopdrachten kan in principe, afhankelijk van de aard van de probleemstelling, elk onderzoeksinstituut in aanmerking komen ((para)universitaire instituten, rijksinstituten, TNO-instituten, gespecialiseerde sectorinstituten en onderzoeksinstituten/-bureaus in de particuliere sector).

§ 14. Automatisering en Informatievoorziening

107

In de beleidsnota informatievoorziening zal zoveel mogelijk uit worden gegaan van het beleid, zoals dat door de minister van Binnenlandse Zaken als coördinerend minister voor automatisering bij de rijkdienst wordt ontwikkeld. Het beleid voor de automatisering bij de rijkdienst is echter nog sterk in beweging, waardoor de toepassing ervan op de departementale situatie bemoeilijkt kan worden. Een eerste versie van de beleidsnota informatievoorziening zal in de loop van 1984 gereedkomen. In verband met de snelle ontwikkelingen op het gebied van de automatisering en de toenemende ervaring daarmee binnen het departement zal vervolgens een proces van bijstelling en verfijning op gang worden gebracht.

HOOFDSTUK 2. WELZIJN

§ 1. Maatschappelijke Dienstverlening

1.1. Inleiding

108

De Commissie Afstemming Financieringsstelsels (CAF) werkt momenteel aan haar interim-rapport. De commissie hoopt haar werkzaamheden voor het einde van 1983 af te ronden.

109

Ik mag wijzen op het Sociaal en Cultureel Rapport 1982 van het Sociaal en Cultureel Planbureau, waarin op blz. 203 is opgenomen een zinsnede die erop neerkomt dat de «laagstgekleesde» overeenkomstig hun duidelijke welzijns tekorten gebruik maken van de maatschappelijke dienstverlening.

1.2. Bestuurlijke aangelegenheden

110

Het ligt niet in mijn bedoeling al in de nota Eerstelijnszorg oplossingen te presenteren voor het bredere probleem van de verschillende financieringsstelsels van de maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg. Inzicht in de samenhang van de financiering zal in eerste aanleg gegeven worden in een in 1984 te presenteren financieel overzicht voor de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening. Ik wil nader bezien op welke manier de financieringsstelsels in elkaar kunnen grijpen.

Mik

die beslist welke patiënt terechtkomt in de intramurale zorg. De sleutel tot het beperken van de verrichtingen in de tweede lijn is ook het versterken van de eerste lijn, waartoe verbetering van de functie van de huisarts kan worden gerekend.

Verbetering van zijn opleiding behoort de hoogste prioriteit te hebben. Hij behoort een gelijkwaardige gesprekspartner te zijn van de klinische specialist. De opleiding van de huisarts moet verlengd worden en een deel daarvan zou hij in een ziekenhuis moeten krijgen.

Dit brengt mij op mijn volgende punt: de 'house-staff'. Niet iedereen in een universiteits- of A-ziekenhuis behoeft specialist te worden. Laat toekomstige huisartsen en artsen die zich niet verder willen specialiseren, daar werken en laat hen leren omgaan met de daar gebruikte methoden. Nederland is het enig geïndustrialiseerde land dat geen 'house-staff'-systeem kent. Dit wil zeggen dat de directie van een ziekenhuis volgens richtlijnen van de overheid bepaalt, hoeveel ziekenhuisartsen, inclusief klinische specialisten, dienen te worden aangesteld ten einde de werklast bevredigend te kunnen uitvoeren.

Als dit goed wordt geregeld, wordt op deze wijze het totale volume van de specialisten-kosten verlaagd en wordt ook bijgedragen aan het terugdringen van de werkloosheid onder jonge artsen. Als wij dit tot stand brengen, dan zullen een betere functieverdeling en grote besparingen het gevolg zijn. Impliciet leidt het realiseren van het hele pakket, waarbij uiteraard de protocollaire geneeskunde betrokken dient te worden, tot een enorme versterking van de spelfunctie van de eerste lijn.

Dit brengt mij tot het volgende punt. Het vorige jaar nam de Kamer een motie van mij aan, die vroeg om verbetering van de opleiding van de huisarts. Ook de staatssecretaris stond hier positief tegenover. U kunt zich voorstellen, dat ik uit deze optiek de verschillende begrotingen heb benaderd. Tot mijn verrassing en verdriet miste ik in de onderwijsbegroting de post 'financiering van de meerjarige beroepsopleiding tot huisarts' en de post voor de onkostenvergoeding voor de huisartsopleiders en de begeleiding door de universitaire huisartseninstituten.

Met grote spoed zocht ik in de begroting van Volksgezondheid, maar ik kon die post niet vinden. Heb ik

slecht gekken, valt dit punt mogelijk onder een ander post of is het niet opgenomen? Zo dit laatste het geval is: hoe moet dit probleem worden opgelost? Dit doet toch wel merkwaardig aan, gezien de geloofsbelijdenis inzake verbetering van de eerste lijn.

Na dit meer beschouwende algemene deel van mijn betoog wil ik nog enkele vragen in telegramstijl stellen. Met belangstelling las ik de voornemens van de staatssecretaris, nader onderzoek te doen naar de bijdrage van het roken aan ischaemische hart- en vaatziekten, aan ontstekingen en aan neoplasmata van de luchtwegen. Heeft de staatssecretaris ook beleidsvoornemens ten aanzien van andere riskante gedragingen in relatie tot het al dan niet meebetalen aan de kosten van de gezondheidszorg door de rest van de bevolking? Men zou bij voorbeeld kunnen denken aan sportbeoefenaars of aan te hard, krampachtig en langdurig werkende mensen, zoals kamerleden en bewindslieden.

Wat de t.b.c.-bestrijding betreft, wordt de zorg voorlopig niet verder ingekrompen. Geldt dit ook voor de klinische zorg? Zijn hiervoor bedden gereserveerd? Waar? Wie betaalt de kosten als deze niet betaald worden? Blijft betreffende het academisch ziekenhuis te Maastricht de basisfilosofie de richtlijn, ook aangaande de bouwbegeleiding en de functieverwijzing? Is het definitief dat de hartschirurgie daar niet zal plaatsvinden?

De fractie van D'66 betreft het dat er in de zes jaren na de aanneming van de Wet op de dierproeven nog nauwelijks een integraal dierproevenbeleid tot stand is gekomen. De voornaamste knelpunten betreffen de geringe stimulering van de alternatieven en de ethische toetsingscriteria. Wij dringen aan op een integraal beleid. Kan de staatssecretaris iets zeggen over de vorderingen in dezen?

Hoe lang zal het duren voordat het net van basigezondheidsdiensten volledig is gerealiseerd? Ik heb begrepen dat 30% nog blanco is. Ons bereiken berichten dat ook in het veld van de 70% nog veel knelpunten voorkomen. Ziet de staatssecretaris een oplossing op korte termijn, ook in verband met het feit dat de middelen door re-allocatie moeten worden verkregen?

Wat het gehandicaptenbeleid heb ik één vraag: hoe wordt de motie-Cornelissen uitgevoerd, ingediend tijdens de UCV van 27 juni jongstleden, over de rijksbijdragesregeling voor de provinciale overlegorganen? Met

name die overlegorganen moeten in 1984 onbelenmard doorgang kunnen vinden, zo was de strekking van die motie.

De problematiek inzake de zorg voor zieke kinderen in de gehele wereld gaat ons zeer ter harte. Unicef nam in dezen een initiatief via 'The State of the World's Children 1982-1983'. Wet vindt de staatssecretaris hiervan?

Wij willen ons graag achter dit initiatief stellen. Wij zijn dan ook erg benieuwd naar het oordeel van de staatssecretaris over de inhoud daarvan. Het lijkt ons goed, dat dit uit de volksgezondheidssector in de Kamer wordt gesteund. Vandaar dat ik een motie voorstel.

Motie

De Voorzitter: Door de leden Mik, Muller-van Aat en Laning-Boersma wordt de volgende motie voorgesteld:

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening, dat de methoden aangegeven door UNICEF in het rapport 'The State of the World's Children 1982-1983' een goedkope wijze aangeven om de morbiditeit en mortaliteit van kinderen aanmerkelijk te reduceren;

overwegende, dat hierdoor vermoedelijk het leven van de helft van de 40 000 kinderen die dagelijks in de wereld sterven aan ondervoeding en ziekte kan worden gespaard;

verzoekt de regering, in navolging van landen als de Verenigde Staten van Amerika, Engeland, Frankrijk, Zweden en Pakistan aan dit rapport en de daaruit voortvloeiende activiteiten adhesie te betuigen en de realisatie ervan te bevorderen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Naar mij blijkt, wordt deze motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 68 (18 100-XVI).

□

Mevrouw Kamp (VVD): Mijnheer de Voorzitter! Wat het volksgezondheids-gedeelte van de begroting betreft, komen wij dit jaar en in 1984 nog dikwijls met de regering te spreken over verschillende specifieke onderwerpen. Mijn fractie is er verheugd over dat aanzetten van de in het regeerakkoord genoemde hervattingenfilosofie nu reeds zijn aan te treffen, te weten verschuiving van intramurale naar extramurale zorg,

Handelingen II 1983-1984 nr. 9

Tweede Kamer
24 november 1983

Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Kamp

van professionele hulpverlening naar zelfzorg en mantelzorg en van curatief naar meer preventief.

Wij weten allen dat wij het hebben van een goede gezondheid als het belangrijkste 'item' in ons leven beschouwen. Daarbij menen wij tevens dat wij recht hebben op een goede gezondheidszorg, wetende dat de plicht tot het leiden van een gezond leven hiermee dikwijls niet correspondeert.

Op de conferentie van de Primary Health Care van de Europese afdeling van de WHO in Bordeaux, in de vorige week nog eens benadrukt dat in de meeste geïndustrialiseerde landen nieuwe ziekten de kop opsteken, die evenals de vroegere 'armoedeziekten' ook met het sociale leefmilieu te maken hebben.

Maurice Beckett, die de conferentie opende, zei het aldus: 'Als wij allemaal een beetje meer aan lichaamsbeweging deden, het roken een beetje minderden, een snuffe minder zout gebruikten, een paar kilo's zouden afvallen, een paar grammetjes minder dierlijk vet zouden gebruiken etcetera, dan zou het effect daarvan op de gezondheid van de gehele bevolking immens zijn'. Aldus een citaat in de Volkskrant van zaterdag 19 november jongstleden.

Gezien het antwoord op vraag 275 vragen wij ons af, of het naast onze relatie met de WHO niet wenselijk is dat opnieuw de ministers van volksgezondheid van de Europese Gemeenschap weer eens bij elkaar komen. In de geest van het WRR-rapport Herwaardering van het welzijnsbeleid, willen wij voor de volksgezondheid de volgende uitgangspunten nog eens benadrukken.

Het eerste is de persoonlijke verantwoordelijkheid. Het tweede is het inbouwen van prikkels bij hulpvrager en hulpverlener ten aanzien van het kostenbewustzijn in de gezondheidszorg. Het derde is dan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, wat wij primair willen blijven zien als integraal functie-onderdeel van alle werkers in de gezondheidszorg, onderwijs en maatschappelijke dienstverlening. Met andere woorden: wij zijn geen voorstander van uitbouw van een zelfstandige functie voor de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Het vierde is privatisering van de gezondheidszorg. Het vijfde uitgangspunt is democratisering van gezondheidsvoorzieningen. Het zesde is wettelijk vastleggen van patienten-

rechten. Het zevende is heroverweging ten aanzien van de zelfmedicatie. Het laatste uitgangspunt wordt gevormd door mogelijkheden van het uitbouwen van budgettering.

Wij erkennen echter ook dat in de gezondheidszorg altijd wel een spanningsveld zal blijven bestaan tussen het stimuleren van steeds verder gaande technologische mogelijkheden enerzijds en het stimuleren van zelfzorg/mantelzorg anderzijds.

Mijn collega mevrouw Laning heeft zojuist al gewezen op prof. Kulper, die in dit verband heeft gezegd dat wij veel meer weer moeten nadenken over de inclusieve gezondheidszorg. Wij denken wel eens dat vooral de factor onzekerheid, zowel bij de patiënt als bij de hulpverlener, als het ware de drijvende motor is in de vraag naar gezondheidszorg. Vandaar ons pleidooi, meer dan eens, voor goede voorlichting, voor het stimuleren van intercollegiale toetsing, voor protocollaire geneeskunde en misaschiën ook wel voor protocollaire verpleging.

Hoe kijken de bewindslieden aan tegen het pleidooi van prof. Hattingsa Verschure in zijn afscheidscollege, om naast de preventieve en curatieve geneeskunde eens veel meer de adaptieve geneeskunde te ontwikkelen? Dit brengt mij bovendien op de vraag of en hoe de regering het bijna jaarlijkse pleidooi van verschillende fracties voor een studie over de grenzen van de gezondheidszorg, heeft opgepakt.

Ik kom op het tweede gedeelte van het regeerakkoord en wel op de daarin vastgelegde financiële taakstelling en ombuigingen. Tijdens de algemene beschouwingen in oktober jongstleden heeft mijn collega De Korte expliciet gevraagd, hoe hard de bezuinigingen op volksgezondheid zijn, mede omdat van eerder in die sector voorgenomen bezuinigingen niet zo erg veel is terecht gekomen. De minister-president heeft toen geantwoord dat hij ervan uit mocht gaan dat het kabinet hard zou maken wat in de begroting staat.

Ik vraag de regering in eerste termijn expliciet aan te geven hoe zeker het is dat de voorgestelde ombuigingen gehaald zullen worden. Bij dit antwoord kan dan tevens aangegeven worden, ten eerste, hoe de regering denkt over het gezamenlijk schrijven van de VNZ en de KLOZ van 15 november jongstleden. Ten tweede kan de regering dan aangeven hoe zij denkt de aangekondigde ombuigingen

van 470 miljoen in 1984, oplopend tot 930 miljoen in 1986, uit de ziektekostenverzekering binnen te halen, nu de door haar gevraagd adviezen in dezen niets hebben opgeleverd.

Met de staatssecretaris twijfelen ook wij aan het nut van adviescolleges die van april tot november nodig hebben om te constateren, dat zij het invoeren van een eigen bijdrage afwijzen, dat zij het invoeren van een algemeen eigen risico aan de voet in strijd achten met de huidige wetgeving en dat zij pakketverlening te veel vooruit vinden lopen op een structurele wijziging van het stelsel. Daarbij komt dat het SER-advies pas in december komt, maar dat ook het ontwerp-advies negatief is.

Kan mogelijkserwijze een schatting worden gegeven van hetgeen deze adviezen hebben gekost aan mankracht, geld en vergadertijd?

Mijnheer de Voorzitter! Vooruitlopend op de te verwachten note Eerstelijnszorg maak ik een aantal opmerkingen.

Ten eerste willen wij niet pleiten voor een te brede interpretatie van het begrip 'gezondheidszorg' in relatie tot verzekerde verstrekingen, want wij zeggen niet op voorhand dat ziektevoorkomende en gezondheidsbevorderende maatregelen uit verzekeringsgelden gefinancierd moeten worden.

Naar aanleiding van het eerste punt willen wij bepleiten dat ook reeds bestaande voorzieningen die worden gefinancierd uit verzekeringsgelden, doorgevoerd worden of zij hier wel in thuishoren. Het is bekend dat de VVD nooit zo heeft bepleit dat hij voorbeeld de LGV-bureaus in de AWBZ zouden worden opgenomen. Hetzelfde zouden wij ons kunnen afvragen bij sommige onderdelen van het kruiswerk, met name zwangerschapsgymnastiek. Wij vragen ook, waarom de jeugdgezondheidszorg als basigezondheidszorg voor 0-4-jarigen wel in het verstrekkingspakket zit en de schoolgaande jeugd uit de algemene middelen betaald moet worden.

In de derde plaats pleiten wij voor afschaffing van het begrip 'kerndisciplines'. In de eerste lijn zijn functionarissen met verschillende beroepen en van verschillende organisaties werkzaam die met elkaar op basis van functionaliteit moeten samenwerken.

In de vierde plaats vragen wij, de normen uit de schets van de eerste lijnsnota eens opnieuw te toetsen aan de geconstateerde behoefte aan zorg, ten einde te voorkomen dat de normen een zelfstandig, dus eigen

Kamp

leven gaan leiden. Zoals men weet zijn plannersmakers verzot op normen als grondslag voor allerlei berekeningen. Maar ik zeg nogmaals dat de normen zijn bedoeld als vertaling van de praktijkbehoefte.

Ten vijfde pleiten wij voor een financieel neutrale operatie ten aanzien van de ondersteuning van de eerste lijn. Daarbij zouden wij ook eens willen kijken naar het aanwezige management.

In de zesde plaats dringen wij aan op een integrale studie over thuisverzorgering en -verpleging. Hoe langer hoe meer mensen kiezen er bewust voor om in geval van ziekte thuis te zijn en/of een zieke partner of kind thuis te verplegen en te verzorgen. In de UCV over het gehandicaptenbeleid is in het kader van de zogenaamde motie 19 reeds uitvoerig aandacht besteed aan de thuisverzorgering van gehandicapte kinderen. In de door mij gevraagde studie vraag ik aandacht voor bijvoorbeeld de volgende vragen.

Zijn er grenzen aan de mogelijke inzet van huisarts, wijkverplegers, gezinsverzorgering en zijn er grenzen aan de medisch-technische hulpmiddelen? Zijn er grenzen aan technische handelingen in de thuisituatie? Welke problemen ontmoeten alleenstaanden? Welke problemen ontmoeten gehuwde vrouwen die deze zorg op zich moeten nemen? Welke mogelijkheden zijn er als iemand zijn arbeidsplaats tijdelijk wil opgeven om zijn zieke partner thuis te verzorgen? Wanneer kunnen wij in dit verband het regeringsstandpunt verwachten over de evaluatie van de AAW/gezinsverzorgering?

In de zevende plaats vragen wij, of er naast het project-Almere ter bestudering van de relatie tussen intramurale en extramurale voorzieningen een of meer anders opgezette experimenten wenselijk zijn. Hoe denkt de regering in dit verband over het gevraagde experiment uit Soest/Baarn?

In de achtste plaats vragen wij, in hoeverre de regering te optimistisch is in antwoord nr. 108. Daaruit zou namelijk blijken dat binnenkort een standpunt kan worden verwacht over de afstemming van de financieringsstelsels, terwijl de commissie nog werkt aan een interim-rapport. Wij sluiten niet uit dat niet alleen moet worden gewerkt aan verschuiving van middelen van intramuraal naar extramuraal, maar dat ook moet

worden gewerkt aan verschuiving binnen extramurale voorzieningen. Met de staatssecretaris zeggen wij dat wij aan 'liefdesverklaringen' alleen niets hebben.

In de mij resterende spreektijd snijd ik nog enkele concrete punten aan.

Wat de huisartsenopleiding betreft hebben wij de zojuist door de CDA-fractie ingediende motie ondersteund. Kunnen de bewindslieden bevestigen dat het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen de haar beschikbare gelden voor de versterking van de eerste lijn investeert in het aankopen van huisartsenpraktijken door de VU te Amsterdam? Wat is de keuzemogelijkheid van patiënten in dezen? In hoeverre is hier sprake van ongewoonlijke klantenbinding? Hoe is in dezen de relatie met het onderwerp 'vestigingsbeleid'?

Wij kunnen niet goed begrijpen dat het kruiswerk ons geen inzicht kan verschaffen in het aantal leden van kruisverenigingen dat het lidmaatschap opzegt omdat men voorkeur heeft voor het betalen van een eigen bijdrage op het moment dat men zou zijn aangewezen op het kruiswerk.

Deze gegevens zouden mogelijk iets zeggen over de betrokkenheid van de leden bij het kruiswerk. Dit is mede van belang bij het onderwerp democratisering van voorzieningen.

In de tweede plaats begrijpen wij niet goed in hoeverre het vragen van een eigen bijdrage belemmerend werkt op het doen van een beroep op het kruiswerk.

Bovendien kan geen inzicht worden gegeven in de verleende zorg, volgens de antwoorden, omdat de afrekeningen met de verbindingskantoren niet hebben plaatsgevonden.

Wij de regering er druk op uitoefenen dat zo spoedig mogelijk, liefst met ingang van 1 januari 1984, het registratie- en administratiesysteem overal zal worden ingevoerd?

De antwoorden op de door ons gestelde vragen over de besteding van de volumegroei met 4% vinden wij onvoldoende.

Het ontvangen materiaal van de Nationale Kruisvereniging geeft ons iets meer inzicht in deze besteding, te weten de vertaling in poppetjes, 80% aan patiëntgebonden personeelsleden. Daaruit blijkt echter niet of met deze extra-macht is gewerkt aan meer van dezelfde werkzaamheden, dan wel of ook nieuwe en andere zaken zijn aangepakt.

In mijn eerste termijn bij het onderwerp Welzijn heb ik reeds gevraagd of niet juist de gezinsverzor-

gering met de hulpverlening aan zwaar-hulpbehoevende cliënten inspringt op een gat dat het kruiswerk mogelijk laat liggen. Daarbij heb ik gepleit voor joint-ventures op plaatselijk en regionaal niveau.

Om een eventuele volumegroei na 1984 te kunnen steunen, zullen wij meer inzicht moeten verkrijgen in de vraag of de werkzaamheden die worden verricht er ook daadwerkelijk voor zorgen dat de intramurale opnemings wordt voorkomen. De prioriteitskeuze van 7 x 24 uur bereikbaarheid zou naar ons oordeel 7 x 24 uur inzetbaarheid in samenwerking met de gezinsverzorgering moeten betekenen. Kan de regering inzicht verschaffen in de herziene richtlijnen voor het geven van injecties, mede gezien de door de Kamer verleende jaar aanvaarde motie, mede over de opnemings van vasolastine in het ziekenfondspakket?

Wat de opleidingen betreft, wordt in deze Kamer al enige jaren druk op de regering uitgeoefend om te komen tot definitieve besluitvorming over de MBO-VP's. Een dergelijke beslissing dient niet op zich zelf te staan, maar dient tevens zicht te bieden op een samenhang met de HBO-V-opleiding, met de inservice-opleiding, met de opleiding tot het diploma ziekenverzorgering en met de MBO-VZ. Mijn fractie voert er weinig voor, nog langer op definitieve besluitvorming te wachten. Indien de staatssecretaris geen uitzicht kan bieden op een beslissing op korte termijn zullen wij zo nodig in tweede termijn de Kamer een uitspraak ter zake voorleggen.

In het algemeen vragen wij de regering, een samenhangende beleidsnotitie over het geheel van opleiding, naschooling, beroepsprofilering en stagebeleid van de verschillende opleidingen waarbij het Ministerie van WVC is betrokken op te stellen. In die notitie zou aandacht moeten worden besteed aan de relatie tussen het veld en het departement enerzijds en aan de relatie tussen de departementen van WVC en van Onderwijs anderzijds, inclusief de beide inspecties

□
Mevrouw Lucassen-Staatsman (VVD): Mijnheer de Voorzitter! Ook ik feliciteer en complimenteer mevrouw Laning van harte met haar voortreffelijke inbreng.

De bewindslieden hebben met de begroting hun schoentje klaar gezet. Voor opmerkingen over de algemene beleidspunten had ik graag wat suikergoed willen toetsen en wat

zeer zelfs, dat ik deze gedachte al enigszins heb gerealiseerd. Er bestaat een team van regionale coördinatoren, die thans met name de provincies en gemeenten begeleiden bij de invoering van de WVG. In steeds mindere mate worden ook samenwerkingsverbanden van instellingen begeleid. In steeds mindere mate, omdat het hier eigenlijk taken van provincies en gemeenten betreft, die immers in het kader van de WZV/WVG primair verantwoordelijk zijn voor de totstandkoming van een samenhangend stelsel van voorzieningen. Met het oog hierop gaat de aandacht met name uit naar de begeleiding van provincies en gemeenten. Deze begeleiding vindt overigens per provincie of subregio plaats. Hierbij staat subregio voor intergemeentelijk samenwerkingsgebied.

Vraag van mevrouw Kamp (VVD): Met betrekking tot experiment Almere en ziekenhuis Soest.

Mevrouw Kamp heeft gevraagd naar de wenselijkheid om naast het experiment Almere andere experimenten op te zetten die inzicht kunnen bieden in de relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en tweedelijnsgezondheidszorg.

Gelet op de omstandigheid dat het experiment Almere nog in een aanloopfase verkeert en derhalve nog geen duidelijkheid verkregen is over de effecten van een versterkte eerstelijnsgezondheidszorg in relatie met een in omvang en capaciteit beperkte tweedelijnsgezondheidszorg is thans enige terughoudendheid geboden bij het opstellen van omvangrijke nieuwe projecten. Niettemin is het mijn bedoeling projecten gericht op de verbetering van de relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de tweedelijnsgezondheidszorg op beperkte schaal te steunen.

Dat is – voorzover ik het op dit ogenblik kan beoordelen – niet de opzet van wat men zich in Soest voor ogen stelt. De ideeën die in Soest ontwikkeld zijn moeten worden gezien in het licht van de bouw van een nieuw ziekenhuis in Baarn/Soest. Daarnaast wil men dan de functie van een vrijkomend, nog nieuw ziekenhuis in Baarn wijzigen in een verpleeghuis. Welnu, over de inhoud van dit totale voorstel wil en kan ik mij nu niet uitspreken. Ik heb daarover de gebruikelijke adviezen op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen gevraagd. Die zal ik eerst afwachten.

Wij moeten wel oppassen om heel Nederland met steeds weer van elkaar verschillende experimenten te bedekken. Die verliezen dan hun waarde. In het kader van de invoering van de WVG zijn er al drie groot opgezette projecten en in het kader van het Welzijnsconvenant ook met de vier grote steden.

Dat neemt niet weg dat men in Baarn en Soest heel goed aan de slag kan om 1e en 2e lijn beter met elkaar te laten samenwerken. Als men dan ook nog toe kan met minder ziekenhuisbedden, waardeer ik dat uiteraard des te meer!

Vragen van mevrouw Van ES (PSP), mevrouw Eshuis (CPN) en mevrouw Beckers-de Bruijn (PPR) met betrekking tot versterking eerstelijnsgezondheidszorg/besparing 2e lijn.

Verschillende kamerleden hebben gevraagd naar de besparingen in de tweede lijn, en in verband daarmee naar het beleid gericht op versterking van de eerstelijnszorg.

De heer Van der Spek heeft namens mevrouw Van Es de mening geuit dat er geen nieuwe ontwikkelingen zouden zijn met betrekking tot de hoofddoelstelling van het volksgezondheidsbeleid: de versterking van de eerstelijnszorg.

Mevrouw Eshuis en mevrouw Beckers wensen informatie over het samenhangend beleid betreffende de terugdringing van de tweedelijns en de versterking van de eerste lijn.

Ik verkeer in de mening dat ik in afgelopen maanden juist met betrekking tot de eerstelijnszorg uitvoerige informatie aan de Kamer heb gegeven en daarin een aantal belangrijke nieuwe ontwikkelingen heb aangegeven. Binnenkort zal in de nota eerstelijnszorg nadrukkelijk op deze beleidsvoornemens worden ingegaan.

In deze stukken wordt mijn uitgangspunt verwoord en uitgewerkt dat de capaciteit en de kwaliteit van de zorg dichtbij huis – de eerstelijnszorg – zoveel mogelijk moeten worden verstrekt en verbeterd.

In de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen wordt naar mijn oordeel een duidelijk beeld gegeven van welke wijze de hoofdbeleidsdoelstellingen zullen worden verwezenlijkt. Er is in deze nota een zorgmodel opgesteld en er wordt gewezen op de gevolgen hiervan voor de wijze waarop de zorgverlening naar de gebruiker en de patiënt dient te worden ingevuld.

De versterking van de eerstelijns zal ondanks de ombegringtaskstelling – die een forse bezuiniging in de sector volksgezondheid inhoudt – worden voortgezet. In het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg geef ik aan dat deze beleidssector niet alleen zal worden ontzien in de bezuinigingsronde, maar zelfs reël zal worden verhoogd: het kruiswerk krijgt tot 1987 ieder jaar 4% volumegroei en de praktijkverkleining van huisartsen zal – onder aan het takenpakket van de huisarts te stellen voorwaarden – in een volgende fase worden gebracht.

Overigens wil ik u herinneren aan mijn antwoord op vraag 137 betreffende de begroting van het jaar 1983. Hierin heb ik ondermeer bedoeld te zeggen dat de reallocatie van middelen van de tweede naar de eerstelijns een proces is dat, uit zijn aard, slechts langzaam vordert. Dit proces wordt daarenboven nog in bijzondere mate vertraagd vanwege de zojuist door mij aangehaalde ombuigingsaankleding.

Vraag van mevrouw Eshuis (CPN) met betrekking tot versterking eerstelijns in Amsterdam.

Door mevrouw Eshuis zijn twee voorstellen van de gemeente Amsterdam aangehaald. Dit betreft

1. het verzoek om mogelijk te realiseren besparingen in de tweede lijn aan te wenden voor versterking van de eerste lijn en
2. het idee van een innovatieprogramma voor projecten, gericht op de werkelijke verschuiving van de zorgverlening van de tweede lijn naar eerste lijn.

Over deze voorstellen kan ik mededelen dat deze door de gemeente zijn overgebracht in het bestuurlijk overleg in het kader van de Algemene Welzijnsvereenkomst met de 4 grote gemeenten en in dat overleg nader zullen worden besproken.

Vraag van mevrouw Eshuis (CPN) met betrekking tot definitieve financieringsregeling voor gezondheidscentra.

De vraag van mevrouw Eshuis naar het inwerkingtreden van een definitieve financieringsregeling voor gezondheidscentra kan ik nog niet met het noemen van een ingedagdatum beantwoorden. De noodzaak voor een dergelijke regeling voor de samenwerkingsverbanden heb ik weliswaar in mijn Nota Eerstelijnszorg aangegeven, maar de uitwerking hiervan zal nog

Handelingen II 1983-1984 nr. 10

Tweede Kamer
1 december 1983

Noten

De verslagen, in welke kwantitatieve gegevens zijn gepubliceerd over non-participatie zijn beschreven op de volgende punten:

- a. doel en titel van onderzoek,
- b. initiatief tot en type van onderzoek,
- c. onderzoeker of onderzoeksorganisatie,
- d. vraagstelling,
- e. samenstelling onderzochte groep,
- f. procedure (bijvoorbeeld enquête, observatie, interview, exploratie van jaarverslagen),
- g. gebruikte instrumenten (bijvoorbeeld vragenlijsten),
- h. maand/jaar veldonderzoek,
- i. resultaten,
- j. wijze en plaats van verslaglegging,
- k. samenwerking met andere instanties, ten behoeve van dit onderzoek.

De beschrijvingen betreffen een samenvatting van vraagstelling en resultaten, die betrekking hebben op de non-participatie aan preventieve voorzieningen.

De samenvattingen zijn gerangschikt op alfabetische volgorde op naam van auteur.

Tabel 1. nr. 5; tabel 3 nr. 4 (Boendermaker-van Dijk & Göpner, 1986)

- a) Nagaan van de voorspellende waarde van de uitslag van het Ewing onderzoek op negen maanden voor: de psychomotore ontwikkeling en zintuigfunctie (gehoor en visus) op de leeftijd van vier en vier en een half jaar.
- Titel:
Eerst de Ewing en wat dan.....
- b) Jeugdartsen in opleiding tot Sociaal-Geneeskundige, tak Jeugdgezondheidszorg. Retrospectief onderzoek.
- c) E.H. Boendermaker-van Dijk & M.T. Göpner in het kader van de vervolgopleiding JGZ 1984-1986 van het NIPG-TNO.
- d) 1. Hoeveel kinderen bezochten het consultatiebureau?
2. Hoeveel kinderen namen deel aan het Ewingonderzoek?
3. Onderscheiden een studiegroep en een contrôlegroep zich in cb-bezoek?
- e) Een systematische steekproef van een op vijf uit die kinderen van het geboortecohort 1980, die op de leeftijd van 9 maanden woonachtig zijn in Den Haag en op de leeftijd van 4 jaar en 3 maanden aldaar nog wonen (n=1029). Uit deze steekproef werd een studiegroep gevormd (kinderen, die de Ewingtest onvoldoende aflegden) en een contrôlegroep (Ewingonderzoek met voldoende resultaat afgelegd, of niet verricht).
- f) Inspectie van medische dossiers.
- g) Formulieren voor inventarisatie van gegevens.
- h) 1984-1985.
- i) A-1) 914 kinderen (88,8%) bezochten het consultatiebureau. Voor het gehele geboortecohort mag dus worden aangenomen dat 86,8% tot 90,8% het cb heeft bezocht (95% betrouwbaarheidsinterval), -2) 861 kinderen (83,7%) namen deel aan het Ewingonderzoek. Het blijkt dat er geen significant verschil is tussen jongens en meisjes.
- Het deelname-percentages zal voor het gehele geboortecohort met

Vervolg tabel 1. nr. 5; tabel 3. nr. 4

95% waarschijnlijk variëren van 81,3% tot 86,1%. Van de cb-bezoekers (n=914) nam 90,1% deel aan de Ewingtest; van de niet cb-bezoekers (n=115) nam slechts 26,1% deel. Van deze laatste groep namen de meisjes, significant vaker deel aan de test dan de jongens.

B) Het verschil in cb-bezoek van studie en contrôlegroep blijkt niet significant te zijn. Verder kan voor het gehele geboortecohort (1980) worden aangenomen, dat van de kinderen, die met het consultatiebureau beginnen 75,6% tot 85,2% tot aan het vierde jaar blijft komen.

- j) Scriptie van de opleiding Sociale Geneeskunde vervolgopleiding Jeugdgezondheidszorg 1983-1985, Leiden, NIPG-TNO, 1986.
- k) Haagse Schoolartsendienst en de districtsarts Jeugdgezondheidszorg van de Provinciale Kruisvereniging Den Haag.

Tabel 1, Nr. 4; tabel 2, nr. 3 (Commandeur & Kardinaal, 1984)

- a) Nagaan van: de omvang van bezoekerspercentage van cbz en cbk, de bezoeksfrequenties per leeftijd (1-4jr), zorgsituatie van kinderen, die geen cb bezoeken, factoren die van invloed kunnen zijn op het cb-bezoek.
- Titel: Onderzoek in Zwolle en omliggende gemeenten, naar de mate waarin kinderen het consultatiebureau bezoeken.
- b) Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. Retrospectief onderzoek.
- c) S. Commandeur en A. Kardinaal in het kader van een 3-maands doctoraal vak Gezondheidsleer van de L.H. te Wageningen.
- d) 1. Hoeveel leerlingen van de eerste klas van de lagere school, die ingeschreven zijn bij de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de DG & GD Zwolle e.o., zijn indertijd naar het zuigelingenbureau geweest en hoe vaak?
2. Hoeveel leerlingen van de eerste klas van de lagere school, die ingeschreven zijn bij de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de DG & GD Zwolle e.o., zijn indertijd naar het kleuterbureau geweest?
3. Hoe vaak zijn deze kinderen op respectievelijk 1-, 2-, 3- en 4-jarige leeftijd naar het kleuterbureau geweest?
4. Hoeveel kinderen, die niet naar het cb zijn geweest waren elders onder zorg en waar?
5. Welke gegevens, die op de schoolartsenkaart (gemeente, geslacht, geb. jaar M., beroep P., gezinsgrootte, rangnummer K.) staan, houden verband met het cb-bezoek?
- e) 1e klas leerlingen van het GLO onder zorg van de afdeling JGZ van de DG & GD Zwolle. Enkelvoudige a-selectie steekproef (n=565) uit het schooljaar 1983-1984, afkomstig uit de geb. jaren: 1975 (n=1), 1976 (n=158), 1977 (n=403), onbekend (n=3).
- f) Inspectie van de kaarten van de schoolartsendienst; antwoordformulieren van ouders.
- g) n.v.t.

Vervolg Tabel 1, nr. 4; tabel 2, nr. 3 (Commandeur & Kardinaal, '84)

h) Najaar 1983.

1- Van 50 kinderen is onbekend of zij wel dan niet het cbz hebben bezocht. Van de 515 resterende kinderen bezochten 491 kinderen het cbz (95,3%). 97% van deze groep bezocht het zuigelingenbureau zesmaal of meer. 3% (n=16) van de kinderen bezocht het cbz tussen de 1-5 maal.

2- Van de 517 kinderen is bekend of zij wel dan niet het cbk hebben bezocht. Van deze groep bezocht 95,7% (n=495) het cbk.

De meeste kinderen gingen in totaal 3-5 keer naar het cbk.

3- Het gemiddeld aantal bezoeken op 1-, 2-, 3- en 4-jarige leeftijd is respectievelijk 1,3; 1,2; 1,1 en 0,5.

4- De kinderen van wie bekend is, dat ze niet naar het consultatiebureau zijn geweest, waren voor het overgrote deel elders onder zorg.

(geen exacte cijfers).

5- Voor het al dan niet bezoeken van het kleuterbureau is een significant verband aangetoond met de variabele gemeente.

In Zwolle gaan relatief minder kinderen naar het kleuterbureau, dan in de omliggende gemeenten.

Er blijkt geen verband te zijn tussen leeftijd van de moeder en het al dan niet bezoeken van het cbk, evenmin is het rangnummer van het kind gebleken van invloed te zijn.

j) Scriptie 1984-180 van de Vakgroep Gezondheidsleer van de L.H. Wageningen.

k) DG & GD Zwolle, Schoolartsdienst.

Tabel 1, nr. 1 (Everaars A.W. & Van der Neut-van Noordenburg,
A.C.M., 1978)

- a) Onderzoek naar de motivatie van ouders (moeders) in de stad Groningen, die niet met hun kind naar het zuigelingenbureau gaan.

Titel: Zuigelingenbureau, waarom niet?

- b) In het kader van de medische opleiding van de R.U. Groningen is door studenten een 6e jaars keuzeproject binnen het Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschappen uitgevoerd. Retrospectief onderzoek.
- c) Instituut voor Sociaal Medische Wetenschappen, Groningen.
- d) 1. Hoe groot is de omvang van de kinderen, die geen cb bezoeken.
2. Waarom bezoeken ouders met hun zuigelingen geen consultatiebureau?
- e) Van het cohort geboren in de periode 1-4-1976 tot en met 31-3-1977, die gedurende het eerste levensjaar in de stad Groningen woonden (n=1179) de groep, die niet of niet regelmatig een cb bezoekt (n=73 =6,2%).
- f) Vragenlijsten door onderzoekers ingevuld op basis van interview van de ouders en inspectie van medische dossiers.
- g) Vragenlijsten.
- h) 1978.
- i) 1.a) 2,7% (n=32) van de ingeschreven kinderen heeft het cb in een aansluitende periode van drie maanden of meer niet bezocht.
Onder te verdelen in: 1,2% (n=14) "elders onder medische zorg" en 1,5% (n=18) "Geen zorg bekend".
- b) 3,1% (n=36) van de kinderen is niet ingeschreven, onder te verdelen in: 1,9% (n=22) "elders onder medische zorg" en 1,2% (n=14) "geen zorg bekend".
- c) 0,4% (n=5) van de ouders verleenden geen medewerking aan

Vervolg tabel 1, nr. 1

het onderzoek.*

2. Redenen om niet naar een cb te gaan zijn:

- geen interesse/vergeet het steeds,
- voel me er niet op mijn gemak,
- de cb-arts ligt me niet,
- wijkverpleegkundige ligt me niet,
- ik vind de contrôle overbodig,
- ik moet er te lang wachten,
- ik vind dat het inbreuk maakt op mijn privé-leven,
- slechte verhalen van anderen (o.a. lang wachten, commentaar in de wachtkamer),
- advies van het acad. ziekenhuis om maar "gewoon naar de huisarts te gaan",
- slechte ervaringen inzake de diagnostiek van het cb met het oudste kind,
- te veel commentaar van de cb-arts op het doen en laten van de moeder, o.a. kritiek op de voedingstoestand,
- te autoritaire houding van de wijkverpleegkundige,
- te weinig autoritaire houding van de wijkverpleegkundige.

N.B. Van de groep niet-bezoekers was het percentage kinderen, dat geen enkele DKTP inenting had ontvangen zes maal zo hoog als het percentage van de totale Groninger zuigelingenpopulatie.

j) Verslag 78-SS-271, Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap, Groningen.

k) Provinciale Vereniging van het Groene Kruis, Groningen.

* Uit het rapport is niet af te leiden of deze kinderen tot groep a of groep b behoren.

Tabel 2, nrs. 1 en 2 (Krabbenbos-Zethoven e.a., 1984)

a) Nagaan van:

1e non-participatie aan het kleuterbureau,

2e het verband tussen non-participatie enerzijds en gezinssituatie, de gezondheidsstatus van het kind en het sociaal-economische/culturele milieu anderzijds.

Titel: Kleuterconsultatiebureau.

b) Jeugdartsen in opleiding tot sociaal-geneeskundige, tak jeugd-gezondheidszorg. Retrospectief onderzoek.

c) A. Krabbenbos-Zethoven, L.J. Meijer-Spijker & J.A.M. Strens-Meulemeester in het kader van de vervolgopleiding JGZ, Katholieke Universiteit Nijmegen, Instituut Sociale Geneeskunde

d) 1. Hoe groot is de non-participatie aan het kleuterconsultatiebureau van kinderen, geboren in 1978, die op het zuigelingenbureau stonden ingeschreven in Arnhem en Nijmegen?
2. Bestaat er een kwantitatief verschil tussen de participatie aan het kleuterconsultatiebureau van kinderen van ouders afkomstig uit Nederland en die van ouders behorende tot een etnische minderheid?

e) Kinderen uit het geboortecohort 1978, van Arnhem en Nijmegen die niet zijn in- of uitverhuisd en zijn ingeschreven op het zuigelingenconsultatiebureau in hun geboorteplaats Arnhem: n=1103. Nijmegen: n=1111.

f) Inspectie van consultatiebureaukaarten.

g) n.v.t.

h) November 1983.

i) 1. Omvang non-participatie aan kleuterbureau van bij cbz ingeschreven kinderen: die niet zijn in- of uitverhuisd:

Arnhem (n=1103)

Non-participatie aan cbk: 107 kleuters = 9,7% hiervan zijn er 15 elders onder zorg = 1,4%

niet onder med.zorg 8,3%

Vervolg tabel 2, nrs 1 en 2

Nijmegen (n=1111)

Non-participatie aan cbk: 80 kleuters = 7,2%

hiervan zijn er 13 elders onder zorg = 1,2%

niet onder med.zorg 6 %

2. Onderscheid naar etnische groepering van de non-participanten.

		n
<u>Arnhem</u> Ouders Nederlands	8,8%	83
beide ouders etn. minderh.	12,9%	15
één van beide ouders behorende tot een etn. minderheid	20,5%	9
Totaal	9,7%	107

De waargenomen non-participatiecijfers wijken significant van elkaar af: $\chi^2=7,88$ bij 2 vrijheidsgraden.

$$0,010 \leq p \leq 0,025$$

<u>Nijmegen</u> Ouders Nederlands	5,7%	54
beide ouders etn. minderh.	20,9%	19
één van beide ouders etn. minderheid	10,6%	7
Totaal	7,2%	80

De waargenomen non-participatiecijfers wijken significant van elkaar af: $\chi^2 = 29.52$ bij 2 vrijheidsgraden.

$$p \leq 0,005$$

j) Scriptie van de opleiding Sociale Geneeskunde K.U.N., Instituut Sociale Geneeskunde, Nijmegen.

k) Schoolartsendiensten van Arnhem en Nijmegen.

Tabellen 1-2-3-4, respectievelijk nrs. 6,4,3,2 (Kuiper e.a., 1985)

- a) Nagaan van de omvang van het niet- (meer) gebruik van preventieve voorzieningen in de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) door de onderscheiden etnische groeperingen.
- Titel: Preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten.
- b) Het Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Retrospectief onderzoek.
- c) Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO.
- d) 1. Omvang van gebruik van preventieve voorzieningen.
- 1.1 Hoe groot zijn de inschrijvingspercentages bij cb's voor Nederlandse, Surinaams/Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse kinderen?
- 1.2 Welke leeftijd hebben zij bij het eerste bezoek aan het cbz?
- 1.3 Hoe groot is de bezoekfrequentie aan het cbz en cbk?
- 1.4 Welke is de inentingsgraag voor DKTP en mazelen?
- 1.5 Hoe groot is de deelname aan de Ewingtest?
2. Welke achtergrondkenmerken van kind en ouders houden verband met niet- (meer) gebruik?
3. Is er verband tussen kenmerken van de consultatiebureaus, o.m. wat betreft specifieke voorzieningen voor buitenlanders en niet- (meer) gebruik van preventieve voorzieningen door migranten uit de zorgpopulatie?
- e) Geboortear 1980 (n=1346) en geboortear 1982 (n=1440) van zes concentratiewijken van migranten in Den Haag, waarin vier onderscheiden etnische groeperingen (het Nederlands aandeel is verkregen door een systematische steekproef van 1 op 2 uit de geboortecohorten).
- f) Inspectie van de medische dossiers; exploratie van jaarverslagen; interview van medewerkers van de cb's; verzameling entgegevens van Provinciale entadministratie.
- g) Formulier voor inventarisatie van persoonsgegevens en gebruik

Vervolg tabellen 1-2-3-4, respectievelijk nrs. 6,4,3,2

van de voorzieningen; enquête naar kenmerken van de bureaus.

- h) 1.1 De inschrijvingspercentages variëren voor de onderscheiden etnische groeperingen van beide geboortejaren tussen 90% en 100%. De laagste percentages (90%) gelden de Nederlanders. De Nederlanders zijn in vergelijking met de overige groeperingen veelvuldiger onder contrôle van huisarts of kinderarts. Van het geboortjaar 1980 is van 5,3% van de onderzoeksgroep niet bekend, of zij onder medische zorg zijn. Voor het geboortjaar 1982 geldt dit voor 3,3%. Voor de Nederlandse groepen zijn deze percentages het hoogst; voor het geboortjaar 1980: 6,9%. Voor het geboortjaar 1982: 5,7%.

- 1.2 Het merendeel van de kinderen, die zijn geboren en getogen in Den Haag, heeft het cbz in de eerste vijf levensweken bezocht.

Voor het geboortjaar 1980 variëren de etnische groeperingen van 72,8% à 84,5%. Het laagste percentage geldt de Surinamers, het hoogste percentage de Turken.

Voor het geboortjaar 1982: 69,4% à 76,4%. Ditmaal geldt het hoogste percentage de Surinamers en het laagste de Nederlanders.

Laat eerste bezoek (na de 10e levensweek) komt vooral voor bij de Marokkanen van beide geboortejaren, respectievelijk 7,2% en 12,5%; bij de Nederlanders geldt dit voor respectievelijk 4,8% en 7% van de populatie.

- 1.3 a) Bezoekfrequentie cbz van

geb. jaar 1980:	89,5%	≥ 7 maal
	6 %	4 - 6 maal
	2,5%	1 - 3 maal
	2 %	geen bezoek

Vervolg tabellen 1-2-3-4, respectievelijk nrs. 6,4,3,2

van het geb. jaar 1982 cbz	88,3%	≥ 7 maal
	6,9%	4 - 6 maal
	3,3%	1 - 3 maal
	1,5%	geen bezoek

Marokkaanse kinderen komen relatief meer voor in de bezoeks-
klassen 1-3 en 4-6 dan de Nederlandse kinderen ($p \leq 0,005$)

1.3 b) Bezoekfrequentie cbk

van het geb. jaar 1980	12,2%	7 - 8 maal
	62,6%	3 - 6 maal
	20,1%	1 - 2 maal
	5,1%	geen bezoek

1.4 De percentages ontvangen DKTP IV variëren voor het geboorte-
jaar 1980 tussen 89,1% (Marokkanen) en 98,6% (Nederlanders); voor het geboortejaar 1982 zijn deze percentages
77% (Marokkanen) en 95,8% (Surinamers).

De percentages van de kinderen, die zijn ingeënt voor mazelen variëren voor het geboortejaar 1980 tussen 90,3% (Marokkanen), 96,6% (Nederlanders).

Voor het geboortejaar 1982 zijn deze percentages 78,5% (Marokkanen) en 91,4% (Surinamers).

De niet-ingeschrevenen bij cb's, zie onder de zorg van huisarts of kinderarts vallen, ontvingen praktisch allen de inenting voor DKTP IV en mazelen.

De kinderen van wie geen medische zorg bekend is, geboren in 1980 te Den Haag, zijn vrijwel volledig ingeënt. Voor dezelfde groep, geboren in 1982, zijn de entpercentages veel lager. Van de kinderen, niet onder medische zorg, niet geboren in Den Haag, is van beide geboortejaren meer dan de helft niet ingeënt.

1.5 Van de ingeschrevenen bij de cb's deed 79% van het geboortejaar 1982 mee aan de eerste gehoorscreening volgens Ewing; van de opgeroepen voor de 2e screening kwam 75% op, ongeveer 80% van de kinderen, die in aanmerking kwamen voor

Vervolg tabellen 1-2-3-4, respectievelijk 6,4,3,2

diagnostisch onderzoek, onderging dit onderzoek ook, zowel de Marokkanen als de Turken bleven achter in opkomstpercentages voor de 1e screening en het diagnostisch onderzoek. De opkomstpercentages van kinderen die onder zorg zijn van huisarts of kinderarts zijn lager (ruim 60%). Nog lager zijn deze percentages van kinderen van wie geen medische zorg bekend is:

slechts een derde deel van deze groep neemt deel aan het gehooronderzoek.

2. Niet-bezoekers aan het cbz onderscheiden zich niet wat betreft: etnische groepering, sociaal-economische status van het beroep van de vader, rangnummer van het kind, gezins-situatie en ziekenhuisopname.

Hetzelfde geldt voor niet-bezoekers aan het cbk met uitzondering van het rangnummer van het kind in het gezin. Een hoger rangnummer houdt verband met niet-bezoeken van cbk.

3. Een combinatie van factoren, zoals: weinig specifieke voorzieningen voor buitenlanders, een relatief gering aantal Marokkanen en Turken in de zorgpopulatie en onderbezetting van het cb-team bleek samen te gaan met geringer bezoek aan het cbk.

- j) Het verslag is uitgegeven door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO in juni 1985.

Publicatienummer 85019: ISBN 90-6743-071-4.

- k) Provinciale Groene en Oranje-Groene Kruisvereniging in Den Haag.

Tabel 1, nr. 2 (Lim-Feijen, 1983)

- a) Nagaan of de medewerkers van de afdeling Jeugdgezondheidszorg te Amsterdam op enkele buitenlandersrijke GG & GD-consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters in het centrum van de stad de etnische minderheden beter bereiken in 1982 en 1983 dan dat in 1978 het geval was (Gunning-Schepers, 1981).
Titel: De buitenlandse zuigeling en de GG & GD-jeugdgezondheidszorg te Amsterdam.
- b) Afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Amsterdamse GG & GD. Retrospectief onderzoek.
- c) J. Lim-Feijen in het kader van de vervolgopleiding JGZ 1979-1981 van het NIPG-TNO.
- d) 1. In hoeverre zijn kinderen uit bepaalde wijken van Amsterdam ("Oud"West en Oost) onder contrôle bij een cb?
2. Welke is de inentingsgraad voor DKTP en mazelen van de ingeschreven kinderen?
3. In welke mate nemen zij deel aan de Ewing-test?
- e) Kinderen geboren in de periode:
a) 1 september 1980 tot en met 31 maart 1981 en in augustus 1982 woonachtig in bepaalde wijken te Amsterdam (n=784),
b) 1 september 1981 tot en met 31 maart 1982 en in augustus 1983 woonachtig in bepaalde wijken te Amsterdam (n=789).
- f) Inspectie van medische dossiers; interview van bureaumedewerkers.
- g) n.v.t.
- h) Augustus 1982 en augustus 1983.
- i) 1. 10,2% (n=80) van de kinderen geboren in de periode 1 september 1980 - 31 maart 1981 is niet onder contrôle van een cb;
13,7% (n=108) geboren in de periode 1 september 1981 - 31 maart 1982 is niet onder contrôle. Voor beide groepen geldt, dat het relatief hoogste aantal gevormd wordt door de Nederlandse zorgpopulatie. De percentages zijn dus vooral afkom-

Vervolg tabel 1, nr. 2

stig van de Nederlanders uit de groep.

2. In augustus 1982 zijn alle onderscheiden etnische groeperingen op de Marokkaanse na, en in augustus 1983 alle etnische groeperingen voor meer dan 90% ingeënt met DKTP IV. De mazelenvaccinatiegraad is over de hele linie iets lager dan die van de DKTP IV, doch het ingeënte deel van de onderzochte populatie is voor alle groeperingen meer dan 90%.
 3. Van de ingeschrevenen bij cbz hebben respectievelijk 89% en 92% deelgenomen aan de Ewing-test. Voor de niet-ingeschreven populatie zijn deze percentages respectievelijk 68% en 70%.
- j) Scriptie in het kader van de opleiding sociale geneeskunde vervolgopleiding Jeugdgezondheidszorg 1979-1981, Leiden NIPG-TNO, 1983.
- k) Geen.

Tabel 1, nr. 3; tabel 3, nr. 2; tabel 4, nr.1 (Notten, 1985)

- a) Nagaan:-in hoeverre kinderen, die niet onder sociaal-medische zorg zijn van de consultatiebureauteams voor zuigelingen elders sociaal-medische aandacht krijgen.
-in hoeverre de afdeling Jeugdgezondheidszorg alsnog sociaal-medische zorg heeft gegeven, of kan geven aan deze populatie.
- Titel: Vaccinatietoestand van een gehooronderzoek bij niet (regelmatig) onder zorg van de afdeling JGZ van de GG & GD-Amsterdam zijnde kinderen.
- b) Afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Amsterdamse GG & GD.
Retrospectief onderzoek.
- c) M.M.J. Notten in het kader van de vervolgopleiding JGZ 1980-1982 van het NIPG-TNO.
- d) 1. Welke is de vaccinatietoestand van de groep kinderen, die niet of niet regelmatig in zorg zijn bij het cbz.
2. In hoeverre neemt deze groep deel aan de screening van het gehoor (m.b.t. de methode Ewing)?
- e) 588 kinderen van het geboortecohort 1982, die bij de centra voor zuigelingen- en kleuterzorg van Amsterdam (exclusief "De Bijlmer") zijn ingeschreven en niet of niet regelmatig gebruik maken van de door de teams aangeboden sociaal-medische begeleiding en zorg.
- f) Inspectie van medische dossiers.
- g) n.v.t.
- h) Begin april - half oktober 1984.
- i) - 7,2% (n=387) van de zorgpopulatie van de centra bezoekt geen of onregelmatig het cb en zijn onder zorg van huisarts, kinderarts of een cb-team buiten Amsterdam (Groep I).
- 3% (n=163) bezoekt het cb niet regelmatig (Groep II).
- 0,7% (n=38) bezoekt het cb nooit of zeer onregelmatig (Groep III).

Vervolg tabel 1, nr. 3

- 1) De vaccinatie-toestand voor DKTP IV, DKTP III en mazelen voor de groepen I - III is:

	DKTP III		DKTP IV		Mazelen	
		n		n		n
Groep I	20%	77	13%	50	12%	45
Groep II	66%	107	35%	57	29%	48
Groep III	45%	17	16%	6	16%	6

- 2) Deelname aan de screening van het gehoor:

		n
Groep I	72%	279
Groep II	38%	62
Groep III	29%	11

N.B. De lage vaccinatie-percentages van Groep I zijn ongetwijfeld een artefact.

- j) Scriptie in het kader van de opleiding sociale geneeskunde vervolgopleiding jeugdgezondheidszorg 1980-1982, Leiden NIPG-TNO, 1985.
- k) Alle centra voor zuigelingen- en kleuterzorg in Amsterdam (exclusief De Bijlmer).

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO

ISBN 90-6743-086-2
86017