

TNO-rapport

Toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg voor Marokkaanse en Turkse gezinnen



Ferko G. Öry (redactie)

Toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg voor Marokkaanse en Turkse gezinnen

TNO Preventie en Gezondheid draagt bij aan het bevorderen van de kwaliteit van leven en de toename van het aantal gezonde levensjaren van de mens. Het onderzoek en advieswerk richten zich op verbetering van de gezondheidszorg in alle levensfasen.



Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek TNO

Rapport opgesteld door TNO Preventie en Gezondheid

Auteurs:

Ferko Öry (TNO-PG en Pacemaker)

Rabiaa Bouhalhoul

Leyla Bengi

Karima Belhaj (Pacemaker)

Nordine Dahhan (Pacemaker)

John de Wit (Universiteit Utrecht)

Haluk Arslan (erc.research)

Najib Taoujni (Patiënten voor Patiënten)

Bert Tellegen

Paula van Dommelen (TNO-PG)

Yolanda Schothorst (Veldkamp)

Mare Veltman (NIPO)

Serap Yildirim

Karlijn Steketee

Maart 2003

TNO-rapport
PG/Jeugd/2003.035

Toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg voor Marokkaanse en Turkse gezinnen

TNO Preventie en Gezondheid

Divisie Jeugd
Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Bron omslagfoto: Mevrouw Mouna Azizeddine

ISBN-nummer 90-6743-989-4

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

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

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

© 2003 TNO Preventie en Gezondheid

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van € 16,= (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/Jeugd/2003.035

Inhoud

i	Voorwoord	— 5
ii	Dankwoord	— 7
iii	Samenvatting	— 9
1	Inleiding	— 13
2	Methode	— 21
3	Resultaten	— 33
4	Procesanalyse	— 65
5	Conclusies	— 71
6	Aanbevelingen	— 79
6	Bijlage:	
	Leden Advies- en Begeleidingscommissies	— 87

i Voorwoord

Marokkaanse en Turkse ouders zijn tevreden over de dienstverlening van consultatiebureaus. Dat is de belangrijkste conclusie van het hier gepresenteerde onderzoek. Die conclusie is bemoedigend omdat hieruit blijkt dat de consultatiebureaus ook voor allochtone groepen een belangrijke rol spelen ten aanzien van de preventie bij jonge kinderen. Het grote bereik van de consultatiebureaus en de lage drempel om daar binnen te stappen, ook bij allochtone groepen, betekent dat ze ideaal zijn om lichamelijke en psychosociale problemen vroegtijdig op te sporen. Op dit moment zijn de meeste consultatiebureaus nog monodisciplinair. Zij worden onvoldoende benut als 'vindplaats' voor het oplossen van psychosociale problemen.

Dit rapport laat zien dat een nieuwe koers, waarbij de consultatiebureaus versterkt en uitgebreid gaan worden tot centra waar ook andere instellingen een rol krijgen, de aanpak effectiever zou maken. Daarbij is het goed luisteren en bewust nagaan of alle vragen van allochtone ouders aan de orde zijn geweest, van groot belang. De onderzoeksgroep heeft met dit rapport een belangrijke bijdrage geleverd aan de jeugdgezondheidszorg in onze veelkleurige samenleving.

Prof dr RA Coutinho
Directeur GG&GD Amsterdam

ii Dankwoord

In de eerste plaats danken wij alle ouders die aan dit onderzoek hun medewerking en tijd hebben gegeven. De analyses van hun openhartige antwoorden vormen een stevige basis voor de aanbevelingen ter verbetering van de dienstverlening.

De interviewsters hebben met veel inzet de gesprekken gevoerd, ook 's avonds en in het weekend. Mede door hun professionaliteit en enthousiasme is de non-respons relatief klein.

ZorgOnderzoek Nederland (ZonMw), en in het bijzonder Renske Kramer, Jacomine Ravensbergen, Willem de Regt, Carola Schrijvers, Angela Schulz en Ellen van Steekelenburg danken wij voor de financiering, de tekstsuggesties over het preventieprogramma van ZonMw, de bereidheid om de implementatie van de aanbevelingen apart te bespreken en de stimulans om het onderzoek in brede kring bekendheid te geven.

De leden van de begeleidingscommissie hebben ondanks drukke werkzaamheden tijd vrijgemaakt om het onderzoek stap voor stap zorgvuldig te begeleiden. Wij hebben ons door hun betrokkenheid en professioneel commentaar ondersteund en gesterkt gevoeld, waarvoor onze dank.

Wij danken professor Remy Hirasings, hoofd van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst in Amsterdam, die mede aan de basis van dit onderzoek heeft gestaan. Marileen van der Most van Spijk, Karin Phalet en Joke van der Zwaard hebben waardevolle adviezen gegeven voor de vragenlijst en de benadering van de onderzoeksgroep.

Jeanet Bruil, Erik Verrips en Ton Vogels van TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) gaven met veel geduld commentaar op de zoveelste versie van de vragenlijst. Rom Perenboom van TNO-PG analyseerde de CBS-POLS gegevens over ziekenhuisopnames, waarvoor onze dank. Stef van Buuren en Jan Radder van de afdeling statistiek van TNO-PG danken wij voor hun advies en commentaar. De toewijding van Menno Reijneveld van TNO-PG voor mensen die onder moeilijke omstandigheden leven, sterkte ons. Jaap van der Plas van TNO-PG heeft het rapport vorm en kleur gegeven. Wij danken hem voor zijn continue inzet en geduld. Nancy Schenk-Lagendijk van TNO-PG was een bindend element en ondersteunde het onderzoeksproces streng maar rechtvaardig én met een stralend humeur. Paul Verkerk van TNO-PG leverde waardevol commentaar op het conceptrapport, waarvoor onze dank.

Wij danken Hanneke Klunder van het Ministerie van Justitie voor de stimulerende opmerkingen en het enthousiasme waarmee zij over de duale trajecten voor inburgering sprak.

Aart Koenhein, coördinator wetgeving en Ronald de Kort, senior beleidsmedewerker van de afdeling Basisadministratie Persoonsgegevens en Reisdocumenten (BPR) van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, waren zo vriendelijk ons inzicht te geven in de kwaliteitscontrole van de GBA adresbestanden (Gemeentelijke Basisadministraties). Wij danken de Registratiekamer van Amsterdam voor het in ons gestelde vertrouwen en de GBA's van Amsterdam, Arnhem en Rotterdam voor het verstrekken van de adresbestanden.

Wij zijn mevrouw Mouna Azizeddine zeer erkentelijk dat zij erin heeft toegestemd de foto, die vlak na de geboorte van haar zoon is genomen, op de omslag af te beelden.

iii Samenvatting

De aanleiding voor dit rapport zijn kritische geluiden over het lage bereik van consultatiebureaus onder allochtone gezinnen, in het bijzonder in achterstandswijken van de grote steden (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, KPMG 1999, Hirasing et al. 1995). Voor het vaststellen van het bereik van consultatiebureaus onder Marokkaanse en Turkse gezinnen in achterstandswijken van Amsterdam, Arnhem en Rotterdam zijn voor dit onderzoek met behulp van een aselechte steekproef uit de adresbestanden van de Gemeentelijke Basisadministraties van de drie steden in totaal 883 Marokkaanse en Turkse gezinnen geselecteerd. De respons bedraagt 69 procent.

608 Marokkaanse en Turkse respondenten (588 moeders, 13 vaders en 7 andere gezinsleden¹) zijn in hun eigen taal geïnterviewd aan de hand van een gecomputeriseerde vragenlijst. De interviewsters hebben dezelfde etnische achtergrond als de respondenten en zijn afkomstig van twee allochtone onderzoeksbureaus.

De onderzoeksgroep is met een gemiddelde leeftijd van 30,7 jaar en van gemiddeld 22,4 jaar waarop deze moeders hun eerste kind krijgen ten opzichte van de gemiddeld 29,0 jaar waarop vrouwen uit de algemene Nederlandse bevolking hun eerste kind krijgen, een jonge groep.

Het consultatiebureau heeft een bereik van 96,1 procent en 94,7 procent van de moeders is (zeer) tevreden over de dienstverlening. Niet iedereen is echter even tevreden. De onderzoeksgroep valt uiteen in drie groepen. De eerste groep bestaat uit vrouwen met een formele opleiding, die het Nederlands beheersen, vaak meer dan 20 uur betaald buitenshuis werken en ook vaak in Nederland geboren zijn. De tweede groep vrouwen is al langer in Nederland, spreekt en verstaat het Nederlands matig en werkt niet of minder dan 20 uur betaald buitenshuis. De derde groep vrouwen is recent naar Nederland gekomen, verstaat of spreekt geen Nederlands en heeft, ook binnen de eigen groep, (nog) weinig aansluiting. De eerste groep staat kritischer tegenover de dienstverlening dan de twee volgende groepen, belt vaker naar het consultatiebureau en heeft veel vragen over gedrag en opvoeding. De moeders in deze groep voldoen aan het beeld van de "zelfstandige, mondige cliënt". Moeders uit de tweede groep ondernemen zelf weinig actie buiten de routine van het consultatiebureau om en hebben vooral vragen over de gezondheid van hun kinderen. De moeders uit de derde groep stellen weinig vragen en volgen de routine op het consultatiebureau. Bereik van deze twee laatste groepen is vanuit het overheidsbeleid om sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen essentieel. Taalachterstand is gerela-

¹ In 97 procent van de gezinnen zijn de respondenten de moeders van de kinderen. Voor de leesbaarheid wordt verder in de tekst van "moeders" gesproken

teerd aan sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het leren van Nederlands draagt bij aan een betere communicatie, maar biedt géén oplossing voor het verkleinen van deze verschillen.

De meeste moeders zijn over de bejegening op het consultatiebureau tevreden. Voor 70 procent van hen maakt het niet uit of zij door een Nederlander of door iemand uit de eigen cultuur wordt geholpen. Van de moeders heeft 26 procent wel een voorkeur voor iemand uit de eigen cultuur. Meestal is een gebrekkige kennis van het Nederlands hiervoor de reden. Slechts voor 13 respondenten is het tonen van meer respect en voor 8 personen het meer serieus genomen worden door iemand uit de eigen cultuur de reden voor die voorkeur. Op het totale aantal respondenten is dat slechts 2 respectievelijk 1 procent.

Meer dan 90 procent van de respondenten vindt het groeiboekje nuttig of zeer nuttig. Respondenten met een formele opleiding en respondenten die betaald buitenshuis werken waarderen het groeiboekje méér dan respondenten zonder formele opleiding en respondenten die niet buitenshuis werken.

Programma's voor opvoedingsondersteuning bereiken de gezinnen nauwelijks. Vaak ligt het bereik onder 5 procent en geen enkel programma heeft een bereik hoger dan 11 procent. Bovendien bereiken deze programma's bijna uitsluitend moeders die het Nederlands beheersen. Dit is inderdaad de groep die gedragsproblemen benoemt en daarvoor hulp zoekt, maar de groep moeders die nauwelijks Nederlands spreekt heeft juist extra aandacht en ondersteuning nodig, ook met de opvoeding. Programma's voor opvoedingsondersteuning bereiken alleen de gezinnen die naar het consultatiebureau gaan. Gezinnen die niet gaan en dus al één vorm van dienstverlening missen, worden door deze programma's niet bereikt. Dit geldt ook voor gezinnen waar de moeder meer dan 20 uur betaald buitenshuis werkt. Het lage bereik van deze programma's is schrijnend, omdat ze juist bedoeld zijn voor ouders in achterstandswijken.

Aanbevelingen

Marokkaanse en Turkse ouders stellen in toenemende mate vragen over gedrag en opvoeding. Door het hoge bereik en de lage drempel van het consultatiebureau is het een zeer geschikte plaats om de opvoedingskracht van ouders door gerichte adviezen en interventies te versterken. Dit vereist een nieuwe koers voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) van 0 tot en met 4 jaar.

Kernbegrippen voor een nieuwe koers zijn differentiatie in benadering, dus klantgericht werken, en een structurele aanpak van psychosociale problemen. Voor klantgericht werken zijn de verblijfsduur, het geboorteland, de beheersing van het Nederlands en het aantal uren betaald werk buitenshuis essentiële factoren die mede het aanbod en aanpak op het consultatiebureau moeten sturen. Het tweede kernbegrip is

een structurele aanpak van psychosociale problemen. Dit kan door het ontwikkelen van een pedagogisch netwerk en het instellen van een zorgcoördinator (casemanager). Training van consultatiebureaupersoneel in gespreksvoering, waarbij de reële problemen van het gezin centraal staan, samenwerking met andere instanties uit de wijk om het gezin te steunen en verhoging van de competentie en zelfvertrouwen van de ouders, zijn hierbij de kernactiviteiten. Zorgcoördinatie en effectief gebleken interventies, zoals video home training, schuldsanering en toeleiding naar werk, moeten structureel worden ingebed in de JGZ in overleg met gemeenten en andere instellingen in de wijk. Het Bureau Jeugdzorg kan vanuit haar coördinerende functie in het integraal jeugdbeleid hierbij een belangrijke rol spelen.

Voor de groep geïsoleerde vrouwen moet een structurele interventie ontwikkeld worden. Dit zou kunnen bestaan uit intensief huisbezoek, groepsvoorlichting, informatie in de eigen taal en video films in de wachtkamer. Overleg tussen verloskundigen, huisartsen en medewerkers van consultatiebureaus moet al tijdens de zwangerschap beginnen. Na de geboorte zal een programma met intensief huisbezoek de groep nieuwkomers een steun in de rug bieden. Deze aanpak past in het maatwerk deel van het basistakenpakket JGZ. Er moet bovendien meer aandacht komen voor jonge gezinnen met een eerste kind omdat zij de traditionele steun van ouders, grootouders, neven en nichten, tantes en ooms in Nederland vaak moeten missen.

Indien de opleiding en kennis van het Nederlands van Marokkaanse en Turkse partners, die door gezinsvorming naar Nederland komen, sterk achterblijven bij die van hun partner, is de kans reëel dat deze partners geïsoleerd raken. Dit zal zeker in het begin het geval zijn. Basale kennis van het Nederlands is een voordeel als men in Nederland aankomt. Om een tweedeling in de maatschappij te voorkomen moeten de centrale overheid en lokale overheden tijdens de inburgeringstrajecten hieraan meer aandacht besteden. Duale inburgeringstrajecten, zoals de combinatie opvoedingsondersteuning en het leren van de Nederlandse taal, moeten op meer plaatsen worden ontwikkeld en ingezet (Klunder 2003). De JGZ van 0 tot en met 4 jaar kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren door intensieve programma's te ontwerpen die vrouwen zonder een groot sociaal netwerk ondersteunen en zo goed mogelijk informeren over de JGZ. Het leren van de Nederlandse taal is een essentiële, maar onvoldoende voorwaarde voor het bereiken en effectief ondersteunen van deze groep moeders.

1 Inleiding

1.1 Uitgangspunten

Vermindering van de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) staat al een tijd hoog op de Nederlandse beleidsagenda. De verschillen nemen echter niet af, blijkt uit onderzoek dat sinds de jaren zeventig wordt uitgevoerd (Mackenbach 2002). Afgezien van maatregelen om de laagstbetaalden economisch te beschermen en aan werk te helpen, is het overheidsbeleid om gezondheidsverschillen effectief te verminderen onduidelijk. Voor een helder beleid zijn bewijzen van effectieve interventies nodig. Onderzoek naar de effectiviteit van interventies ter verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen is in Nederland nog maar net begonnen (Stronks en Hulshof (red) 2001). Op dit moment zijn er slechts enkele effectief gebleken interventies beschreven.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) biedt effectief gebleken (evidence based) preventieve interventies aan. Een belangrijke voorwaarde voor succes is het bereik van de dienstverlening. Vooral het bereiken van achterstandsgroepen is essentieel om de verschillen te verminderen. Mensen in de laagste sociale klasse zijn vaker ziek en leven korter. Een groot bereik levert dan ook een grotere gezondheidswinst op.

In dit onderzoek vormen Marokkaanse en Turkse ouders uit achterstandswijken van Amsterdam, Arnhem en Rotterdam de doelgroep. Het vaststellen van het bereik van consultatiebureaus en van de klanttevredenheid onder deze gezinnen zijn de doelstellingen van dit onderzoek.

1.2 Het ZonMw preventieprogramma en de JGZ

ZonMw is de financier van dit onderzoek. Deze paragraaf geeft aan hoe dit onderzoek past binnen het kader van het preventieprogramma van ZonMw. Bij de start van het ZonMw preventieprogramma constateerde de Gezondheidsraad dat de synthese en implementatie van de bestaande kennis over de kwaliteit en doelmatigheid van (onderdelen van) de JGZ onvoldoende is.

Enkele belangrijke doelstellingen van het ZonMw preventieprogramma waren dan ook:

- de kennis over effectiviteit en/of doelmatigheid van onderdelen van de JGZ verbeteren;
- de implementatie van deze kennis bevorderen;
- specifieke aandacht voor nader onderzoek naar de verschillen in gezondheid en sterfte tussen allochtonen en autochtone kinderen in Nederland;

- specifieke aandacht voor de ontwikkeling, effectiviteit, doelmatigheid en implementatie van voorlichting en andere interventies om deze verschillen te verminderen.

Inmiddels zijn projecten gestart om deze doelstellingen te realiseren. Zo wordt er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van bestaande activiteiten van de JGZ op het gebied van huilbaby's, bedplassen, veiligheidsvoorlichting en vroegtijdige screening op diverse aandoeningen. Ook de effectiviteit van verschillende interventies om probleemgedrag bij kinderen te voorkomen is onderwerp van enkele projecten. Daarnaast worden er nieuwe activiteiten ontwikkeld om de screening op groeistoornissen en overgewicht te verbeteren. De neonatale gehoorscreening wordt inmiddels landelijk ingevoerd.

Een onderzoek naar de toegankelijkheid van consultatiebureaus (het onderhavig onderzoek), het ontwikkelen en onderzoeken van zwangerschapscursussen voor allochtone vrouwen en een onderzoek naar de leefgewoonten tijdens de zwangerschap moeten de verschillen in gezondheid en sterfte tussen allochtone en autochtone kinderen verklaren en verkleinen.

Standaarden zijn in de JGZ van belang om de kwaliteit en de eenduidigheid van de zorg te verbeteren. Binnen het preventieprogramma zijn de standaarden 'visus' en 'scoliose' ontwikkeld. In de toekomst worden de standaarden 'hartafwijkingen' en 'kindermishandeling' uitgewerkt. Uitgebreid onderzoek binnen de JGZ heeft uitgewezen dat standaarden weliswaar hoog worden gewaardeerd, maar relatief weinig worden gebruikt. Een breed uitgewerkt raamplan moet leiden tot een betere in- en uitvoering van de standaarden. Het standaardiseren van de gegevensverzameling in de JGZ is een ander onderwerp dat binnen het preventieprogramma aandacht krijgt.

1.3 Een nieuwe koers voor de jeugdgezondheidszorg

Een betere gezondheid voor zo veel mogelijk mensen door preventie is de kern van de nieuwe Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). In 2002 is deze wet vernieuwd en zijn de gemeentelijke taken preventie volksgezondheid geactualiseerd en verduidelijkt en enkele Rijkstaken geïntroduceerd. Vanaf 1 januari 2003 wordt de gehele JGZ onder regie van de gemeente uitgevoerd. De zorg voor 0 t/m 4 jaar valt vanaf die datum niet meer onder de verantwoordelijkheid van de thuiszorginstellingen. Een belangrijke wijziging die de Wcpv introduceert is de mogelijkheid om JGZ-taken door anderen dan de GGD te laten uitvoeren. Ook biedt de Wcpv de verankering van het Basistakenpakket JGZ.

Basistakenpakket JGZ

Op 1 maart 2001 is het Basistakenpakket JGZ formeel vastgesteld door de staatssecre-

taris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit basispakket bestaat uit:

- het systematisch volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- het ramen van de behoeften aan zorg;
- de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De uitvoerende organisaties op het gebied van de JGZ, thuiszorgorganisaties en Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en), gaan nauwer samenwerken. Daartoe hebben het Ministerie van VWS, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) op 27 mei 2002 een convenant gesloten betreffende de voorbereiding van de invoering van het basistakenpakket JGZ. Daarin staan afspraken over verbetering van de JGZ. Via het convenant wordt uitvoering gegeven aan de implementatie van het wetsvoorstel om de taken voor de gezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen onder regie van de gemeenten te brengen. De taken worden uitgevoerd door 44 (inter)gemeentelijke gezondheidsdiensten, 62 thuiszorgorganisaties en 1450 consultatiebureaus (VWS 2002).

De JGZ speelt een belangrijke rol in het preventieve jeugdbeleid door het uitvoeren van het Basistakenpakket JGZ. De teams van de JGZ bezoeken gezinnen ook thuis en geven groepsvoorlichting en cursussen. Zij bieden ondersteuning aan ouders bij gedragsproblemen en geven advies over het voorkomen van ongelukken en ziekten. Sommige JGZ teams implementeren korte interventies, zoals video home training.

1.4 Keuze van de doelgroep

De insteek voor dit onderzoek is het beleid gericht op het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). Twee op de drie kinderen van niet-westerse² herkomst, waaronder Marokkanen en Turken, vallen in de lage welvaartsgroep. Voor westerse kinderen is dit slechts één op de vijf. De gezondheid van niet-westerse allochtone kinderen is slechter dan die van kinderen van Nederlandse afkomst. Bij de niet-westerse allochtonen ligt de zuigelingensterfte op 6,4 per duizend levendgeborenen, ongeveer 30 procent hoger dan de 4,9 per duizend levendgeborenen voor westerse kinderen. Deze wat betreft welvaart scheve verhouding leidt tot een 9 procent hogere zuigelingensterfte (Van Duin CBS 2002, Saxena et al. 2002). Dit is ongeveer een derde van de 30 procent hogere sterfte, wat dus verklaard kan worden uit de

² Tot de categorie 'niet-westers' behoren allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië met uitzondering van Indonesië en Japan. Op grond van hun sociaal-economische en -culturele positie worden allochtonen uit deze twee landen tot de westerse allochtonen gerekend. Hierbij gaat het vooral om mensen die in voormalig Nederlands Indië zijn geboren en werknemers van Japanse bedrijven

met hun gezin (CBS 2002).

economisch zwakkere positie van niet-westerse allochtonen. De overige tweederde hangt samen met andere verschillen tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen. Denk bijvoorbeeld aan verschillen in arbeidspositie, genoten onderwijs, gezondheid en toegang tot de pre- en postnatale zorg (Van Duin CBS 2002). Het vaststellen van de toegankelijkheid van de zorg voor niet-westerse allochtonen en de door hen ervaren kwaliteit van de dienstverlening zijn mede daarom de kerndoelstellingen van dit onderzoek.

Een tweede argument om expliciet niet-westerse allochtonen en hun mening centraal te stellen is het feit dat niet-westerse allochtonen vaak buiten het reguliere Nederlandse onderzoek vallen. Ondanks talloze overheidspublicaties waarin Marokkanen en Turken tot de zogenaamde risicogroepen worden gerekend, subsidieert dezelfde overheid grootschalig onderzoek waarbij allochtonen worden uitgesloten (Nemesis, GLOBE in Eindhoven). Bovendien is het maar de vraag of de gebruikte methoden en vragenlijsten, zoals toegepast in het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS en andere grootschalige onderzoeken, zonder meer van toepassing zijn op alle groepen in de Nederlandse bevolking (Van 't Land 2000, Meloen en Veenman, 1990, Houtkoop-Steenstra en Veenman 2002).

Een derde reden om meer aandacht te besteden aan niet-westerse allochtone groepen zijn recente demografische veranderingen. Tegenwoordig kan bijna de helft van de totale bevolkingsgroei worden toegeschreven aan migratie. Naast immigratie zorgt ook de gemiddeld hogere vruchtbaarheid van niet-westerse allochtonen ervoor dat twee derde van de bevolkingstoename in de afgelopen vijf jaar bestaat uit niet-westerse allochtonen. Vrouwen met een Marokkaanse herkomst hebben het hoogste gemiddelde kindertal met 3,3 kind per vrouw. Bij Turkse vrouwen ligt dat gemiddeld op 2,2 kind per vrouw (Alders en Garssen CBS 2002). Drie van de tien autochtone huishoudens telt kinderen, tegen meer dan de helft van de huishoudens met een Turkse of Marokkaanse hoofdkostwinner (Ament en Lautenbach CBS 2002).

De tweede generatie Turken en Marokkanen is nog vrij jong. Ruim 85 procent van deze groep is jonger dan 20 jaar. Hierdoor zijn er nog niet veel gehuwde tweede-generatie Turken en Marokkanen. Degenen die al wel getrouwd zijn, hebben massaal gekozen voor een partner uit het buitenland, vooral uit hun herkomstland. Dit geldt voor ongeveer driekwart van de Turkse mannen, de helft van de Marokkaanse mannen en rond 80 procent van de Turkse en Marokkaanse vrouwen. De toestroom van zogeheten gezinsherenigers is geslonken, terwijl het aantal gezinsvormers is toegenomen. Ruim de helft van de immigranten uit Marokko en Turkije bestaat nu uit gezinsvormers (Harmsen en Steenhof CBS 2002).

Niet-westerse allochtonen wonen vooral in het westen van het land. Op 1 januari

2001 bestaat in Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Zeeland 13,4% van de totale bevolking uit niet-westerse allochtonen. In de noordelijke provincies Groningen, Friesland en Drenthe is dit slechts 3,7 procent (Garssen CBS 2002). In sommige grote steden in het westen, zoals Amsterdam en Rotterdam, zijn niet-westerse allochtone kinderen in de leeftijdsgroep 0-14 jaar nu in de meerderheid. In Den Haag zullen niet-westerse allochtone kinderen in de nabije toekomst een meerderheid vormen (tabel 1).

Tabel 1. Aandeel van niet-westerse allochtone kinderen 0-14 jaar (CBS 2001)

	Totaal aantal kinderen	Aantal niet-westerse allochtone kinderen (%)
Nederland totaal	2.998.248	465.965 (16%)
Amsterdam	118.730	65.815 (55%)
Rotterdam	104.438	56.160 (54%)
Den Haag	79.454	37.760 (48%)
Utrecht	41.269	15.135 (37%)

1.5 Keuze voor het onderwerp: toegankelijkheid en kwaliteit van consultatiebureaus

1.5.1 Bereik

Een groot bereik van consultatiebureaus is belangrijk voor preventie. Zo zal de dekingsgraad met vaccinaties hoog moeten zijn om de gewenste bescherming te kunnen bieden. Door screening van pasgeborenen op aangeboren afwijkingen kunnen door gerichte maatregelen, zoals een dieet, ernstige afwijkingen worden voorkomen. Maar dan moeten wel alle pasgeborenen met een afwijking door deze screening worden bereikt. Voor een groot bereik zijn een goede toegankelijkheid en een hoge kwaliteit van consultatiebureaus belangrijke voorwaarden. Daarom staan deze twee aspecten centraal bij dit onderzoek.

Het bereik van de ouder- en kindzorg (consultatiebureaus) is van oudsher groot. Dit geldt ook voor niet-westerse allochtone gezinnen. Lim-Feijen vond in 1982 op vier consultatiebureaus in het centrum van Amsterdam voor Marokkaanse en Turkse kinderen een bereik van 86 procent voor vaccinaties (DKTP IV en mazelen). In 1983 was dat zelfs 93 procent. Deze cijfers geven een stijging aan ten opzichte van 1978, toen Gunning-Schepers op dezelfde vier Amsterdamse consultatiebureaus voor allochtone kinderen een bereik vaststelde van 66 procent (Gunning-Schepers 1981). Op dezelfde consultatiebureaus vond Lim-Feijen in 1982 voor de Ewing-gehoorscreening voor Marokkaanse en Turkse kinderen een bereik van 81 procent. In 1983 was dat 86 procent, ook een duidelijke stijging ten opzichte van het bereik van de 72 procent die Gunning-Schepers in 1978 voor deze screening noteerde (Lim-Feijen 1983).

In 1985 was in Amsterdam het bereik voor Marokkaanse en Turkse zuigelingen 92 pro-

cent, voor Marokkaanse kleuters ook 92 procent en voor Turkse kleuters 95 procent (van der Most-van Spijk 1985). In 1985 stelden Kuiper et al. in Den Haag voor Marokkaanse kinderen geboren uit 1980 een bereik vast van 94 procent en voor Turkse kinderen uit 1980 was dit zelfs 99 procent. Voor Marokkaanse kinderen uit 1982 vonden deze auteurs een bereik van 97 procent en voor even oude Turkse kinderen 99 procent (Kuiper et al 1985).

Gelauff-Hanzon deed onderzoek naar het bereik van het consultatiebureau voor Turkse en Marokkaanse gezinnen in een Rotterdamse wijk in het jaar 1985. Zij sprak met 42 Marokkaanse en 44 Turkse ouders, die gezamenlijk 132 Marokkaanse en 110 Turkse kinderen hadden. De pathologie stond minder in verband met de etniciteit, maar wel met de slechte woonomstandigheden. Turkse en Marokkaanse kinderen bezochten de huisarts niet vaker dan autochtone kinderen. Gelauff-Hanzon vond een bereik van het consultatiebureau van 97 procent voor het eerste levensjaar en van 72 procent voor de jaren 2 t/m 4. Het consultatiebureau zou voor allochtone vrouwen een van de weinige mogelijkheden zijn om andere vrouwen te ontmoeten. Vandaar het hoge bereik (Gelauff-Hanzon 1985).

Over de opvoeding en psychosociale ontwikkeling van hun kinderen tonen Nederlandse ouders zich bezorgder dan Marokkaanse en Turkse ouders. Nederlandse ouders nemen ook vaker het initiatief voor gesprekken over gedrags- en psychosociale problemen. Tijdens haar onderzoek, in 1985, werden de allochtone moeders in de helft van de gevallen door iemand anders naar het consultatiebureau begeleid. In een kwart van de contacten was er sprake van taalproblemen. Volgens Gelauff-Hanzon toonden Turkse en Marokkaanse ouders zich opvallend bezorgd over de lichamelijke gezondheid van hun kinderen. 80 procent van de door Marokkaanse ouders vermelde problemen had betrekking op lichamelijke aandoeningen en 12 procent op de psychosociale ontwikkeling. Bij de Turkse ouders stond 67 van de problemen in verband met lichamelijke aandoeningen, 12 procent met ongevallen en 11 procent met de psychosociale ontwikkeling (Gelauff-Hanzon 1985).

In 1999 hield de Thuiszorg Stad Utrecht een verkennend onderzoek naar de mening van Turkse en Marokkaanse ouders over het consultatiebureau. 15 Turkse en 20 Marokkaanse ouders werden in panelonderzoeken geïnterviewd. De meeste ouders wisten niet voor welke diensten en vragen zij bij de huisarts en het consultatiebureau terecht konden. Ook waren zij niet op de hoogte van het feit dat ze het consultatiebureau zelf om een huisbezoek konden vragen. Veel respondenten wisten bovendien niet dat het consultatiebureau ook telefonisch bereikbaar was. Géén van de respondenten wist dat je op het consultatiebureau óók over de opvoeding van je kinderen kon praten. De ouders vonden het aantal contacten op de peuterleeftijd te klein. Er was belangstelling voor groepsvoorlichting over onderwerpen als ongevallen en ongelukken, voeding, drukke kinderen, bedplassen, koorts, astma en bronchitis en

alles wat met de opvoeding te maken heeft. Ook wilden zij graag weten wat je thuis kunt doen als je kind plotseling ziek wordt. De ouders gaven de aanbeveling méér aandacht te besteden aan ouders met een eerste kind (De Kort 1999). Tijdens de gesprekken bleek dat het al dan niet stellen van vragen niet uitsluitend een taalkwestie was. Marokkaanse en Turkse ouders keken op tegen de arts en verpleegkundige. Zij verwachtten dat de arts en verpleegkundige vragen aan hén zouden stellen. Ook waren de ouders bang dat de arts of verpleegkundige boos zou worden als zij niet meteen begrepen wat er werd bedoeld. Zij durfden dan ook niet verder te vragen en waren soms bang uitgelachen te worden. De ouders gaven de aanbeveling in een tweetalige brochure de bereikbaarheid en taken van het consultatiebureau te beschrijven.

Hirasing et al. en KPMG plaatsten vraagtekens bij het hoge bereik van consultatiebureau voor niet-westerse allochtone kinderen (Hirasing et al 1995, KPMG 1999). Mede daarom is het bepalen van dit bereik een van de kerndoelstellingen van dit onderzoek.

1.5.2 Een eigen stem over kwaliteit

Onderzoek naar de kwaliteit van consultatiebureaus verliep in het verleden veelal via interviews met hulpverleners. Bovendien was de reikwijdte van dergelijke onderzoeken beperkt. Het onderzoek van Kuiper et al. in 1985 naar de preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten beperkte zich tot Den Haag. Het onderzoek van Van der Most van Spijk is een gunstige uitzondering in deze reeks: zij onderzocht als een van de weinige onderzoekers de mening van de allochtone gezinnen zelf. Haar onderzoek was beperkt: 32 Turkse en 32 Marokkaanse gezinnen. Ook Gelauff-Hanzon interviewde slechts 42 Marokkaanse en 44 Turkse respondenten in een Rotterdamse wijk. Haar onderzoek betrof het hulpzoekgedrag bij gezondheidsproblemen in het algemeen en in het bijzonder bij psychosociale problemen van kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 12 jaar.

Andere onderzoekers verrichtten "indirect" onderzoek naar de kwaliteit en toegankelijkheid van consultatiebureaus. Van der Zwaard voerde gesprekken met 30 wijkverpleegkundigen van acht consultatiebureaus in zeven gekleurde wijken van Rotterdam (Van der Zwaard 1999). Kuiper et al. onderzochten via vragenlijsten en persoonlijke gesprekken met stafleden van acht Haagse consultatiebureaus in hoeverre hun dienstverlening was ingericht voor en aangepast aan de allochtone doelgroep (Kuiper et al 1985). In deze studies werd nagegaan hoe de inrichting en dienstverlening van de consultatiebureaus beïnvloed werd door de "nieuwe" doelgroep. Veel voorkomende onderwerpen zijn tolken en tolkentelefoons, informatie in eigen taal, groepsbijeenkomsten, specifieke voorlichtingsbijeenkomsten voor één allochtone groep en intensief huisbezoek. Opvallend is dat er met geen woord gerept wordt over het verwerven van vaardigheden voor een succesvol integratie in de Nederlandse samenleving. In geen van deze publicaties wordt gesproken van (verplichte) taallessen of andere cursussen om de migranten te ondersteunen bij de integratie.

Dit rapport is verdeeld in zes hoofdstukken. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de methode. In hoofdstuk 3 volgen de resultaten. Hoofdstuk 4 beschrijft het implementatieproces van het onderzoek en hoofdstuk 5 biedt de conclusies met een analyse van de resultaten. Ten slotte sluiten de aanbevelingen van hoofdstuk 6 het rapport af.

2 Methode

2.1 Definities

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van consultatiebureaus wordt in een recent RIVM rapport omschreven als 'het geheel van bevorderende en belemmerende factoren dat van invloed is op het gebruik van ouder- en kindzorg (OKZ). Van toegankelijke zorg is sprake als personen die behoefte hebben aan zorg, die zorg ook daadwerkelijk krijgen' (Verheij et al RIVM 2001). In dit onderzoek is het werkelijke bezoek aan consultatiebureaus vastgesteld als één van de maatstaven voor toegankelijkheid. Voorts is de mening van de respondenten over het nut en de kwaliteit van de dienstverlening gepeild, als een factor die de toegankelijkheid beïnvloedt.

Bereik³

Letterlijk geeft bereik aan hoeveel kinderen door een instelling worden 'bereikt', hoeveel kinderen die instellingen 'in zorg hebben'. Het Zorgpakket Ouder- en Kindzorg van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) 1995 en het Productenboek Thuiszorg 1999 geven voor het eerste levensjaar 10 en voor kinderen van 1 - 4 jaar 5 contactmomenten aan⁴.

In de praktijk komt het voor dat ouders uitsluitend voor vaccinaties en het lichamelijk onderzoek naar het consultatiebureau komen. Ook blijkt de bezoekfrequentie na het eerste levensjaar terug te lopen. Slechts weinig kinderen volgen precies het voorgeschreven schema. Indien bereik zo streng als hierboven geschetst, wordt gedefinieerd, dan zullen weinig consultatiebureaus en gezinnen voldoen aan "100 procent bereik".

In dit onderzoek is bereik als volgt berekend. Allereerst wordt gevraagd of het indexkind⁵ het consultatiebureau bezoekt. Vervolgens wordt de leeftijd van dat kind afgezet tegen het aantal keren dat dit kind het consultatiebureau sinds de geboorte heeft bezocht. Voor kinderen ouder dan één jaar worden tien of meer bezoeken gedurende het gehele leven als "goed bereik" beschouwd en minder dan vijf bezoeken als "slecht bereik". Voor kinderen jonger dan één jaar wordt de leeftijd in maanden vergeleken met het aantal voorgeschreven en werkelijk afgelegde bezoeken. Uiteraard is dit slechts bij benadering juist aangezien een kind wegens chronische problemen wel vaker naar het consultatiebureau wordt uitgenodigd.

³ In Engelstalige literatuur aangeduid als 'coverage'

⁴ Zorgpakket Ouder- en Kindzorg LVT 1995 en Productenboek Thuiszorg 1999

⁵ Het GBA heeft willekeurig één kind uit elk gezin als indexkind gekozen. De vragen wat betreft de activiteiten op het consultatiebureau gaan elke keer over dit kind om de activiteiten zo goed mogelijk te kunnen herinneren

Binnen het kader van dit onderzoek is het niet mogelijk na te gaan of het kind inderdaad de gehele routine van het consultatiebureau heeft gevolgd. Hierover zijn wel vragen opgenomen, maar de antwoorden kunnen niet aan een registratiesysteem van het consultatiebureau worden getoetst. Om eventuele 'sociaal wenselijke' antwoorden te toetsen, vragen de interviewsters naar het groeiboekje, babyboekje en inentingskaart. Bovendien wordt de respondenten gevraagd welke activiteiten op het consultatiebureau plaatsvinden. Zo wordt gecontroleerd of zij het consultatiebureau inderdaad uit eigen ervaring kennen.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit gezinnen van Turkse of Marokkaanse afkomst⁶ met minimaal één kind jonger dan vijf jaar en wonend in wijken van Amsterdam, Arnhem of Rotterdam met postcodes volgens de lijst met postcodes van achterstandsgebieden zoals vastgesteld door de Landelijke Huisartsen Vereniging per juli 1999 (verfijning 1998/1999). Er worden géén uitsluitingscriteria gehanteerd.

2.3 Steekproefgrootte

Er is in Nederland geen vergelijkbaar onderzoek verricht in de open bevolking onder gezinnen met een Nederlands oorsprong. Op grond van onder autochtone Nederlanders verricht onderzoek naar het bereik van consultatiebureaus wordt bij dit onderzoek uitgegaan van een bereik van 80 procent. Voor het berekenen van het werkelijke bereik onder de doelgroep is een power analyse verricht. Deze analyse is gebaseerd op de aanname dat het bereik van consultatiebureaus in de algemene bevolking 80 procent is én op de eis dat er een verschil van 5 procent in bereik voor de onderzoeksgroep met het bereik van 80 procent voor de algemene bevolking kan worden aangetoond. Statistisch geformuleerd: met een α van 5 procent, een power van 80 procent, ééNZijdig getoetst onder de aanname dat 80 procent bereik in de algemene bevolking een populatiecijfer is, kan met 420 respondenten een verschil van 5 procent worden aangetoond, dus een bereik van 75 procent bij de onderzoeksgroep. Uiteindelijk is besloten om 883 personen voor dit onderzoek te selecteren.

2.4 Toestemming voor het verstrekken van adresgegevens

In Amsterdam vraagt de Registratiekamer de onderzoekers om een persoonlijke toelichting op de onderzoeksmethode en in het bijzonder de waarborg voor de anonimiteit en zorgvuldigheid bij de benadering van de respondenten alvorens in te stemmen met het verstrekken van adresgegevens door de Gemeentelijke Basisadministratie

⁶ Afkomst werd gedefinieerd volgens de BiZa definitie: een persoon wordt tot de Marokkaanse of Turkse bevolkingsgroep gerekend als hij/zij zelf of één van haar/zijn ouders in Marokko of Turkije is geboren.

(GBA). De Registratiekamer wordt op de hoogte gebracht van de bevindingen van de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van TNO-PG. De METC vindt het onderzoek niet WMO-plichtig⁷ gezien de geringe en eenmalige belasting voor de deelnemers. Mede op grond van deze uitspraak en na kennis genomen te hebben van de onderzoeksmethode, met in het bijzonder voor wat betreft de garantie voor anonimiteit, geeft de Registratiekamer toestemming voor het verstrekken van de adresbestanden. De Registratiekamer stemt er tevens mee in dat TNO-PG de uitnodigingsbrieven aan de respondenten zelf verstuurt. De Registratiekamer verzoekt de onderzoekers de interviewsters erop te wijzen dat zij vóór het betreden van de woning en vóór het afnemen van het interview hiervoor expliciet toestemming moeten vragen. In Arnhem en Rotterdam is een brief naar de GBA voldoende om de adresbestanden te krijgen.

2.5 Steekproeftrekking

De GBA van Amsterdam, Arnhem en Rotterdam wordt verzocht om een aselechte (at random) steekproef te trekken uit het bevolkingsregister aan de hand van de volgende populatiedefinitie: "gezinnen van Turkse of Marokkaanse afkomst met minimaal één kind dat jonger is dan vijf jaar en wonend in wijken met postcodes volgens de lijst met postcodes van achterstandsgebieden opgesteld door de Landelijke Huisartsen Vereniging, per juli 1999 (verfijning 1998/1999)". De GBA's wordt verzocht om aselekt één kind per gezin dat jonger is dan vijf jaar als indexkind aan te wijzen om de vragen over kwaliteit te kunnen richten op concrete handelingen bij één bepaald kind. De GBA's krijgen de steekproefinstructie toegestuurd.

2.6 Onderzoeksmethode

Er zijn verschillende mogelijkheden om informatie van een grote groep van tevoren geselecteerde respondenten te verkrijgen:

- schriftelijke vragenlijst per post;
- een persoonlijk interview, al dan niet met een semi-gestructureerde vragenlijst;
- vragenlijsten uitzetten via internet;
- vragen stellen via de telefoon of SMS.

De respons op schriftelijke vragenlijsten bij allochtone gezinnen is vaak bijzonder laag (Houtkoop-Steenstra en Venman 2002). Daarbij komt het probleem dat sommige allochtone ouders analfabeet zijn. Berbers is bovendien geen geschreven taal en een vertaling zonder nadere uitleg kan tot misverstanden leiden. Beantwoording van open vragen in een per post toegestuurde vragenlijst, zonder de mogelijkheid de vraag eventueel verhelderd en uitgelegd te krijgen, kan respondenten afschrikken.

⁷ De Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen WMO

Dóórvragen bij een onduidelijk antwoord op een open vraag is bij een schriftelijke vragenlijst niet mogelijk. Ook is er bij een schriftelijke vragenlijst géén mogelijkheid om de meerkeuzevragen nader toe te lichten. Als een antwoord ontbreekt, kan dit komen doordat de respondent het antwoord niet weet, of de vraag heeft overgeslagen.

Vragenlijsten via telefoon en internet afnemen is niet geschikt voor allochtone gezinnen in achterstandswijken. Er kan namelijk een vertekening ontstaan doordat het bezit van een vaste telefoon of internetaansluiting als een ongewenste selectie (bias) fungeert. Bovendien hebben veel mensen geheime telefoonnummers. Daarom valt deze optie af als onderzoeksmethode.

Om bovenstaande redenen is in dit onderzoek gekozen voor een persoonlijk interview door interviewsters uit de eigen etnische groep. Zij spreken de taal van de respondenten en kennen de achtergrond en cultuur van de respondenten. De vragenlijst wordt door het NIPO zo op laptops geïnstalleerd, dat het gegeven antwoord de interviewster door de vragenlijst leidt. Een gecomputeriseerde vragenlijst heeft de volgende voordelen:

- geen storend geblader in een lange, papieren lijst;
- continue controle op de gesprekstijd en op de tijd tussen de gesprekken;
- tussentijdse analyse is snel en eenvoudig uitvoerbaar;
- na afloop van het interview is de informatie vrijwel onmiddellijk beschikbaar;
- foutief ingevoerde antwoorden worden onmiddellijk herkend en geweigerd.

Een nadeel van een gecomputeriseerde vragenlijst kan zijn dat de respondenten en de interviewster het gesprek als minder persoonlijk of zelfs storend ervaren, doordat de laptop letterlijk en figuurlijk tussen hen instaat. Ook kan een computer wantrouwen aanwakken omdat de gegevens zo duidelijk worden opgeslagen.

2.7 Onderzoeksinstrument: de vragenlijst

2.7.1 Theoretisch model

Voor dit onderzoek is géén gebruik gemaakt van bestaande, reeds gevalideerde vragenlijsten. De in Nederland gebruikte vragenlijsten voor het meten van de klant- en patiënttevredenheid zijn teveel 'ziektegericht' (medisch curatief). Ook de in de Verenigde Staten ontworpen vragenlijst voor het meten van de klanttevredenheid over de diensten van het zorgsysteem, de Consumer Assessment of Health Plan Study (CAHPS) vragenlijsten, zijn teveel gericht op curatieve diensten. Wel is van de CAHPS-vragenlijst gebruik gemaakt voor een aantal vragen.

Voor dit onderzoek is een aparte vragenlijst ontworpen. Hierbij is gebruik gemaakt van het theoretisch model voor de verklaring van intentioneel gedrag. Volgens dit

model wordt gedrag bepaald door de houding (attitude), sociale invloed en de inschatting om een bepaald gedrag te kunnen vertonen (self-efficacy, controle-beliefs) (Godin en Kok 1996). Attitude verwijst naar de persoonlijke inschatting van de voor- en nadelen van een bepaald gedrag en/of de emoties. In dit geval het gevoel van verantwoord ouderschap dat opgewekt wordt door bezoek aan het consultatiebureau. Sociale invloed verwijst naar het belang en de druk of invloed dat iemand ervaart vanuit de naaste omgeving, denk aan de partner, (groot)ouders, broers, zussen en vrienden. Deze subjectieve norm komt tot stand door de waargenomen opvattingen van anderen, in dit geval over bezoek aan het consultatiebureau, en de geneigdheid om zich daaraan te conformeren. Hierbij gaat het niet alleen om subjectieve normen, maar ook om het waargenomen gedrag van anderen (Paulussen 2000). Eigen effectiviteit heeft betrekking op de inschatting om bepaald gedrag, onder verschillende omstandigheden, al of niet (gemakkelijk) te kunnen vertonen. Voor de constructie van deze vragen is gebruik gemaakt van de handleiding van Fishbein en Ajzen (Fishbein en Ajzen 2000). Hoewel deze theorie gebaseerd is op onderzoek met veelal blanke proefpersonen in westerse landen, wordt hier ervan uitgegaan dat deze theorieën algemene menselijk gedrag betreffen en ook gelden voor Marokkaanse en Turkse ouders.

2.7.2 Onderdelen van de vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit zeven delen:

- 1 demografische en sociaal-economische gegevens, beheersing van het Nederlands, tijdsbesteding;
- 2 gezondheid indexkind, inclusief ziekenhuisopname, huisartsbezoek en geneesmiddelen gebruik;
- 3 bezoek aan het consultatiebureau, ervaring met activiteiten en diensten, mening over het nut van activiteiten en oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening;
- 4 hulpzoekgedrag;
- 5 deelname van de respondentgezinnen aan groepsbijeenkomsten, cursussen en programma's voor opvoedingsondersteuning;
- 6 determinanten van gedrag om het consultatiebureau al dan niet te bezoeken;
- 7 sociale isolatie.

Om de antwoorden van de onderzoeksgroep op deze domeinen te kunnen vergelijken met de Nederlandse populatie, zijn vragen en gegevens overgenomen uit de volgende bronnen:

- gezondheid van kinderen met de 'RAND general health rating index for children' (Post et al. 1998);
- Periodiek Onderzoek Leefsituatie CBS (1997 t/m 2000).

Voor het vergelijken van het aantal huisartsencontacten voor kinderen van 0 tot en met 4 jaar is gebruik gemaakt van gegevens van de landelijke informatie netwerk huisartsen www.linh.nl.

De vragenlijst is mede gebaseerd op acht focusgroepgesprekken met Marokkaanse en Turkse vrouwen uit de doelgroep.

Verschillende concepten van de vragenlijst zijn voorgelegd aan:

- de adviesgroep, bestaande uit, onder meer, Marokkaanse en Turkse deskundigen met ruime ervaring in de (gezondheids)zorg, die tevens over een netwerk beschikken in de Marokkaanse en Turkse gemeenschap;
- de leden van de begeleidingscommissie, te weten vertegenwoordigsters van het Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg (LCOKZ, nu onderdeel van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg LVT), de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW), GGD Nederland, managers van de betrokken thuiszorgorganisaties in Arnhem en Rotterdam, een beleidsmedewerkster van de GG & GD in Amsterdam, een deskundige op het gebied van consultatiebureaus en een stagiaire van de vakgroep Sociale en Organisatiepsychologie van de Universiteit Utrecht.

De deelnemers van beide groepen zijn vermeld in de bijlage.

De vragenlijst is vertaald in het Marokkaans-Arabisch en Turks en vervolgens terugvertaald in het Nederlands. Op grond van de terugvertaling is de vertaling gecorrigeerd. Van vertaling in de Berber-talen is afgezien omdat een aantal Berber sprekende interviewsters het Arabische schrift, waarin het gesproken Berbers zou worden omgezet, niet kan lezen. Het is onmogelijk gebleken overeenstemming te bereiken over een omzetting in Latijns schrift die voor iedereen begrijpelijk en acceptabel is. Daarom is besloten alle Marokkaanse interviewsters zowel de Marokkaans-Arabisch vertaling als de oorspronkelijke Nederlandse vragenlijst van tevoren mee te geven om zelf een vertaling te maken in de Berber-talen. Het is verzocht om in ieder geval bij elk gesprek dezelfde vertaling aan te houden. Aangezien verreweg het grootste deel van de vragen feitelijke informatie betreft, is dit een aanvaardbaar risico.

2.7.3 Computerisering van de vragenlijst

Het NIPO heeft de vragenlijsten op laptops geïnstalleerd. Het betreft hier een "zelfsturende" vragenlijst, dit wil zeggen dat het computerprogramma op grond van een gegeven antwoord zowel de volgorde als soms ook de inhoud van de daarop volgende vragen bepaalt.

2.7.4 Pilot-test van de vragenlijst

In een pilot van 30 interviews is de vragenlijst uitgetest. Op grond van de uitkomsten is de vragenlijst aangepast en definitief op de laptops geïnstalleerd.

2.8 Veldwerk

2.8.1 Organisatie

Het veldwerk is uitgevoerd onder supervisie en leiding van twee allochtone onderzoeksbureaus: Patiënten voor Patiënten in Amsterdam en erc.research in Arnhem en Rotterdam. Patiënten voor Patiënten is een van oorsprong Marokkaanse patiëntenorganisatie die zich vooral bezighoudt met voorlichting en training op het gebied van chronische ziekten, met name suikerziekte. erc.research is een onderzoeksbureau in Rotterdam dat opgericht is en geleid wordt door een van oorsprong Turks echtpaar. erc.research voert regelmatig opdrachten uit voor zowel de overheid als voor universiteiten en commerciële instellingen. Beide bureaus zijn tevens betrokken bij de inhoudelijke ontwikkeling van de vragenlijst.

Bureau Veldkamp heeft de leiding bij de focusgroepgesprekken en is inhoudelijk betrokken bij de ontwikkeling van de vragenlijst. Tevens traint bureau Veldkamp samen met het NIPO de interviewsters in het omgaan met de laptop en het benaderen van de respondenten. Er wordt vooral aandacht besteed aan het omgaan met non-respons. Het NIPO installeert de vragenlijst op laptops en controleert tussentijds de duur van de interviews en de tijden, dus ook de tijdsduur, tussen de afzonderlijke gesprekken. Voor analysedoeleinden zet het NIPO de antwoorden om in een SPSS-bestand, waarmee de projectleider en de afdeling statistiek van TNO-PG de analyses uitvoeren.

De twee onderzoeksbureaus zijn verantwoordelijk voor het werven en (mede) trainen van de interviewsters. Op basis van een door de bureaus gemaakte profiel worden op twee interviewers na uitsluitend interviewsters geworven die reeds interviewervaring hebben, een of twee talen van de doelgroep beheersen, over goede sociale vaardigheden beschikken, in beginsel ervaring hebben met computers en bereid zijn om in de avonduren en soms zelfs in het weekend te werken.

2.8.2 Voorbereiding van de wijken

De wijken voorbereiden is cruciaal om de non-respons zo laag mogelijk te houden. De bewoners worden daarom niet alleen op de hoogte gesteld van het onderzoek, maar ook gestimuleerd om deel te nemen. Hiervoor zijn de volgende middelen ingezet:

- artikelen en interviews in lokale bladen en tijdschriften in de desbetreffende talen;
- lokale radio- en televisie uitzendingen in het Nederlands en Turks in Rotterdam;
- berichten op prikborden;
- folders;
- kleurplaten voor kinderen.

Voor het verspreiden van het wervings- en voorlichtingsmateriaal hebben stafleden van de onderzoeksbureaus personeel en bezoekers van buurthuizen, moskeeën,

zelforganisaties, cafés, vrouwenclubs en restaurants om medewerking gevraagd.

2.8.3 Training van de interviewsters

De meerderheid van de interviewsters heeft nog geen ervaring met gecomputeriseerde vragenlijsten. Daarom worden ze ook getraind in het omgaan met de laptops en het opslaan van de gegevens op diskettes. De training heeft drie onderdelen:

- benadering van de respondenten, introductie van het onderzoek en het omgaan met non-respons;
- gespreksvoering met bijzondere aandacht voor lichaamstaal en houding;
- gebruik van de laptop, het opslaan van de gegevens op diskettes.

Er wordt een extra training gegeven voor het omgaan met non-respons in Amsterdam.

2.8.4 Benadering van de respondenten

De Registratiekamer van Amsterdam staat TNO-PG toe zelf de brief te sturen waarin het onderzoek bij de door de GBA geselecteerde respondenten wordt aangekondigd. In deze brief wordt het onderzoek kort uitgelegd, TNO als onafhankelijk onderzoeksinstituut geïntroduceerd en de geadresseerde om medewerking gevraagd. Alle brieven worden vergezeld van een gefrankeerde antwoordsenvelop en een formulier dat teruggestuurd kan worden naar TNO-PG indien men niet aan het interview wil deelnemen. De tekst in de brieven en op het formulier is zowel in het Nederlands als in het Turks of Marokkaans-Aarabisch.

Indien de respondent niet thuis is, wordt tot drie keer een poging gedaan om hem/haar thuis te treffen of met degene die wel aanwezig is een afspraak te maken voor de respondent.

2.8.5 Na-onderzoek bij de non-respons groep

De respondenten die hebben aangegeven niet aan het onderzoek te willen deelnemen, krijgen een vragenlijst van één bladzijde toegestuurd. Door middel van drie vragen wordt nagegaan of de respondent het consultatiebureau bezoekt en wat zijn of haar oordeel is over de kwaliteit van de dienstverlening. Ten slotte wordt gevraagd naar suggesties voor verbetering van de dienstverlening. Door dit korte na-onderzoek kan worden nagegaan of de groep die afziet van deelname voor wat betreft de kernvragen van het onderzoek verschilt van de respondenten die wel deelnemen. Respondenten die niet willen meewerken aan een interview kunnen ook niet benaderd worden met een uitgebreide vragenlijst. Daarom zijn van deze groep geen achtergrondkenmerken bekend.

2.8.6 Afsluitende focusgroepgesprekken

De oorspronkelijke geplande focusgroepgesprekken na de interviews zijn vervallen. Het is niet te verwachten dat een klein aantal gesprekken additionele informatie oplevert. Bovendien zou dan een aantal gezinnen extra zijn belast, tegen de zin van de METC in. Ook is afgezien van focusgroepgesprekken met van oorsprong Nederlandse gezinnen in de wijken. Een klein aantal gesprekken zou geen recht doen aan deze groep en bovendien een vertekend beeld geven ten opzichte van de resultaten van 608 gesprekken met Turkse en Marokkaanse respondenten. Wel wordt hier sterk gepleit voor een dergelijk onderzoek onder autochtone Nederlanders in achterstandswijken. Zie hiervoor hoofdstuk 6 met de aanbevelingen.

2.9 Afsluitend gesprek met de interviewsters

Na het onderzoek vindt een afsluitend gesprek plaats met de interviewsters uit Arnhem en Rotterdam. Zij worden bedankt voor hun bijdrage en in staat gesteld hun gevoelens, indrukken en ideeën naar aanleiding van de soms emotionele interviews met elkaar en met de projectstaf te delen. Er wordt vooral gevraagd naar hun ideeën voor verbetering van de dienstverlening op het consultatiebureau. De opmerkingen en ideeën zijn verwerkt in de aanbevelingen.

2.10 Statistische analyse

TNO-PG krijgt de gegevens in een SPSS-format van het NIPO. De projectleider en de afdeling statistiek voeren de analyses uit met behulp van SPSS versie 11.0. Naast de Pearson chi-kwadraat toets en de exacte toets van Fischer worden regressieanalyses en de HOMALS- analyse uitgevoerd. Een korte beschrijving van de HOMALS-analyse volgt hieronder.

Een grafische weergave van groepen volgens HOMALS.

Met behulp van een HOMALS- analyse is het mogelijk om groepen op te sporen die qua antwoordpatronen veel overeenkomen. Het resultaat van een HOMALS bestaat uit een afbeelding waarin zowel de eigenschappen van de individuen (geboorteland, aankomstjaar in Nederland, beheersing van de Nederlandse taal, aantal kinderen, wel/geen formele opleiding, wel/geen betaald werk) als de antwoordcategorieën worden weergegeven. De groepen die veel met elkaar overeenkomen, liggen dicht bij elkaar terwijl de groepen die weinig overeenkomsten hebben zo ver mogelijk van elkaar gescheiden liggen. De assen van de afbeelding geven aan in hoeverre de groepen zich van elkaar onderscheiden op een bepaald kenmerk. In figuur 5 op bladzijde 63 is de HOMALS resultaat voor de sociale-isolatie construct weergegeven. In het midden zijn de personen afgebeeld die het Nederlands matig beheersen, 2 of meer kinderen hebben, geen betaald werk hebben, uit Turkije komen en tussen 1985-1995 naar

Nederland zijn gekomen. De Marokkanen onderscheiden zich in zekere mate van deze groep. Een speciale groep wordt gevormd door personen die in Nederland zijn geboren, 21-45 uur per week betaald werk hebben en de Nederlandse taal beheersen. Deze groep onderscheidt zich duidelijk van de andere groepen. Daarnaast is er een groep die geen opleiding heeft en de Nederlandse taal niet beheerst.

In een HOMALS grafiek staan variabelen heel dicht bij elkaar. De namen van deze variabelen zijn dan ook niet afzonderlijk te lezen zodat het lijkt of de computer of printer "op hol is geslagen". Het gaat echter ook niet om deze variabelen, die in een groepje bijeen staan, maar juist om de variabelen die apart staan. De namen van die variabelen zijn wel leesbaar.

2.11 Knelpunt analyse⁸

2.11.1 Representativiteit

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een steekproefkader met een aselechte steekproef. Er zijn geen criteria voor uitsluiting, wel voorwaarden voor deelname. De conclusies hebben uitsluitend betrekking op Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen onder de vijf jaar die in achterstandswijken van Amsterdam, Arnhem en Rotterdam wonen. Aangenomen wordt dat de conclusies ook opgaan voor andere grote steden in Nederland. Er is een na-onderzoek verricht naar de drie belangrijkste uitkomstmaten bij de non-respons groep.

2.11.2 Informativiteit

De vragen zijn geoperationaliseerd. In de pilot-test wordt de begrijpelijkheid van de vragen getest. Lange en onduidelijke vragen worden aangepast. De respondenten begrijpen alle vragen. Vragen naar nut van activiteiten en tevredenheid over de dienstverlening hebben altijd betrekking op één kind uit het gezin, zodat de respondent de werkelijke situatie zo scherp mogelijk in herinnering kan roepen.

Omdat er soms aanzienlijke tijd is verlopen tussen het bezoek aan het consultatiebureau en het moment van het interview is vertekening van de herinnering (recall-bias) mogelijk, al is die tijd beperkt gebleven tot een aantal maanden. De verzamelde informatie is relevant. Over hetzelfde onderwerp worden, verspreid over het interview, dezelfde vragen gesteld om de consistentie van antwoorden te kunnen checken.

⁸ Voor deze paragraaf is gebruik gemaakt van de handout "Methodologische knelpunten bij vragenlijstonderzoek onder etnische minderheden" van prof. dr. H. van Zouwen (ZonMw conferentie Amsterdam mei 2000).

2.11.3 Antwoordfuncties

De interviewsters hebben dezelfde culturele achtergrond en zijn gedegen getraind om scherp te letten op sociaal-wenselijke antwoorden. De wijken zijn gedegen voorbereid en de bewoners weten dat het onderzoek de gezondheid van hun kinderen betreft. Door deze maatregelen is de kans op sociaal-wenselijke antwoorden gering.

2.11.4 Responseffecten en condities

Respondenten worden als het enigszins kan zonder anderen geïnterviewd. Indien de vader of anderen het gesprek toch "overnemen", worden deze voor een afzonderlijke interview uitgenodigd, ná het interview met de moeder. Dit is een respectvolle wijze om de moeder alleen aan het woord te laten. Het onderwerp is niet bedreigend en wordt als uiterst relevant ervaren door de respondenten.

Mogelijke nadelen van de gebruikte vragenlijst zijn het gebruik van stellingen en de lengte van sommige vragen. Overige nadelen zijn het ontbreken van vragen gesteld over het migratieproces, het socialisatieproces van de gezinnen in de samenleving, over de samenstelling van de familie- en kennissenkring en over de contacten met hen (sociale netwerk). Ook zijn er geen vragen over de steun van familieleden en kennissen (sociale steun).

3 Resultaten

3.1 Respons en non-respons

In Amsterdam zijn in totaal 274 geslaagde gesprekken gehouden, in Arnhem 82 en in Rotterdam 252. In totaal 608 gesprekken voor de drie steden samen. Als non-respons zijn 275 gesprekken geteld. De non-respons is 31 percent. In Amsterdam is de non-respons 28, in Arnhem 34 en in Rotterdam 33 procent. Tabel 3.1 geeft de verdeling van de redenen voor non-respons.

Tabel 3.1 Redenen non-respons met verdeling over herkomst en stad

Reden non-respons	Hele groep ⁹	Marokkanen		Turken		Totaal
	Amsterdam	Arnhem	R'dam	Arnhem	R'dam	
Weigering	56	13	29	12	23	133
Verhuisd	17	1	4	7	3	32
Niet bestaand/verkeerd adres dichtgetimmerd/gesloopt huis		1	3	-	-	4
Niet nagekomen afspraak (niet geslaagd ondanks afspraak)	33 ¹⁰	-	3	-	-	36
Niet te bereiken ondanks 3 pogingen)		5	33	3	22	63
Overige: dubbelrespondent, geen werkelijke respondent, kind overleden, familieomstandigheden)	-	1	4	-	2	7
Totaal	106	21	76	22	50	275

Het aantal foutieve adressen van de GBA Rotterdam bedraagt 3 op een totaal van 378, dus 8 promille, in Arnhem 1 op de 125 dus óók 8 promille en in Amsterdam zijn alle GBA adressen correct.

Na-onderzoek non-respons groep

Aan 25 gezinnen in Rotterdam, 19 in Arnhem en 56 in Amsterdam die afzien van deelname aan het interview worden door middel van een per post toegestuurde vragenlijst van één bladzijde drie vragen gesteld. 15 van deze 100 vragenlijsten worden geretourneerd, een respons van 15 procent. 11 van deze 15 gezinnen bezoeken het consultatiebureau en zijn tevreden tot zeer tevreden daarover. Twee gezinnen bezoeken het consultatiebureau wel, maar zijn niet tevreden. Eén van deze twee wil meer informatie en wil door het consultatiebureau verwezen worden. Het andere gezin wil meer tijd

⁹ In Amsterdam zijn de groepen niet naar afkomst onderverdeeld

¹⁰ In Amsterdam zijn de groepen "niet nagekomen afspraak" en "niet te bereiken ondanks 3 pogingen" samengevoegd

voor het kind, meer informatie over voeding en opvoeding en meer informatie over de reden voor vaccinaties. Twee gezinnen gaan niet naar het consultatiebureau. Één van deze twee geeft geen reden, het andere gezin ging 6 jaar geleden wel en is tevreden over de dienstverlening.

3.2 Demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie

Indexkinderen

In de onderzoeksgroep zijn 295 jongens, 48.5 procent en 313 meisjes of 51.5 procent.

Tabel 3.2.1 geeft de verdeling van de kinderen in leeftijdsgroepen van 1 jaar.

Tabel 3.2.1 Aantal kinderen met leeftijdsverdeling

	Aantallen	Percentage
Jonger dan 1 jaar	104	17.4
1 tot 2 jaar	142	23.7
2 tot 3 jaar	125	20.9
3 tot 4 jaar	111	18.6
4 tot 5 jaar	78	13.0
5 jaar en ouder	39	6.5
Totaal	599	100.0
Gegeven ontbreekt	9	
Totaal	608	

In elke leeftijdscategorie van 0 t/m 4 jaar zijn tussen de 104 en 125 kinderen, dus redelijk verdeeld. Een uitzondering vormt de groep van kinderen van 1 tot 2 jaar waarin 142 kinderen zitten. Er zijn 39 kinderen van 5 jaar of ouder. De steekproef is getrokken in februari 2002 maar het veldwerk begint pas in mei 2002. Mogelijk zijn kinderen in die tijd ouder dan 5 jaar geworden. Per ongeluk kan een aantal kinderen van 5 jaar en ouder geselecteerd zijn. Dit betreft echter slechts 39 kinderen of 6 procent van het totaal. In de analyse zijn deze 39 kinderen meegenomen omdat voor het bereik en de kwaliteit van consultatiebureaus dit leeftijdsverschil verschil niet wezenlijk is.

Respondent gezinnen.

Tabel 3.2.2 geeft de samenstelling weer van de respondentgezinnen. De vraag is gelijk aan de CBS-Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) vraag, zodat de antwoorden hiermee vergeleken kunnen worden.

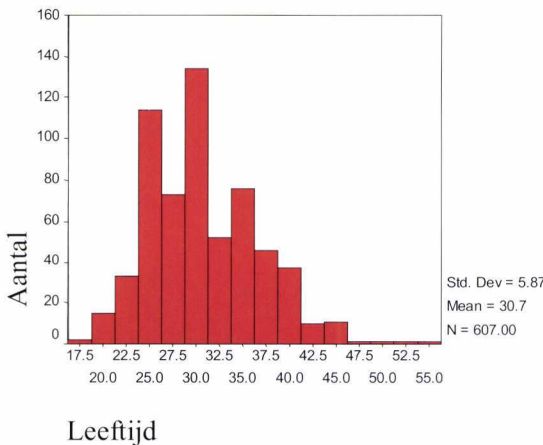
Tabel 3.2.2 Samenstelling respondent gezinnen

	Aantallen	Percentage
Echtpaar\vaste partners en kind(eren)	582	95.7
Echtpaar\vaste partners en kind(eren) en nog ander(en)	6	1.0
1-Ouder en kind(eren)	15	2.5
1-Ouder en kind(eren) en nog ander(en)	4	.7
Huishoudkern met kind(eren)	1	.2
Totaal	608	100.0

97 procent van de respondenten is getrouwd en 2 procent voor de wet gescheiden. 0,3 procent is weduwnaar en 0,7 procent is nooit getrouwd. Echtscheiding komt in de onderzochte populatie zelden voor en het aantal weduwen is gering.

Het gemiddelde aantal kinderen per vrouw in de onderzoekspopulatie bedraagt 2,6. In totaal zijn er ongeveer 2.770¹¹ personen in de 608 huishoudens. Dat is gemiddeld 4,5 personen per huishouden. Het aantal kamers bedraagt in totaal 2.246, ongeveer 1,2 kamer per persoon. De onderzoekspopulatie is geselecteerd op de aanwezigheid van (jonge) kinderen en vergelijking met het gemiddelde aantal kamers per persoon in de algemene bevolking is niet zinvol. Figuur 1 toont de leeftijdsverdeling van de respondenten.

Figuur 1. Leeftijdsverdeling respondenten

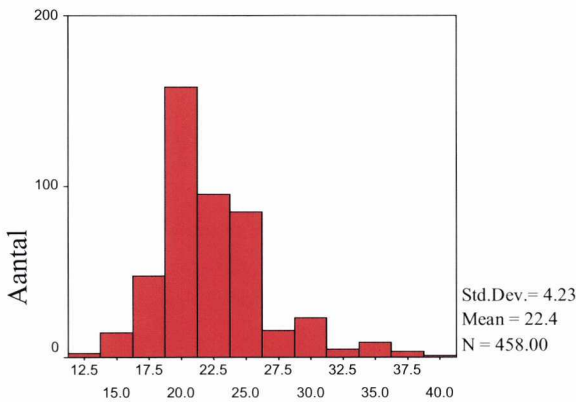


De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 30,7 jaar.

¹¹ Deze schatting berust op het aantal "anderen" die behalve de ouders en kinderen in de huishouding aanwezig waren. Dit aantal wordt niet altijd vermeld

Figuur 2 geeft de leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerste kind.¹²

Figuur 2. Leeftijd moeder bij geboorte eerste kind



Leeftijd moeder bij geboorte eerste kind

De gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerste kind is 22,4 jaar. Tabel 3.2.3 toont het verband tussen het geboorteland van de respondent en het aantal kinderen.

Tabel 3.2.3 Geboorteland respondent en aantal kinderen¹³

Aantal kinderen	Geboorteland N (%)			Totaal
	Nederland	Turkije	Marokko	
1 kind	22 (51)	59 (21)	65 (24)	146
2 kinderen	15 (35)	106 (37)	64 (23)	185
3 kinderen	6 (14)	93 (32)	64 (23)	163
> 3 kinderen	-	29 (10)	83 (30)	112
Totaal	43	287	276	606

7 procent van de respondenten is in Nederland geboren en behoort tot de tweede generatie.

14 procent van de respondenten die in Nederland is geboren heeft drie kinderen en geen enkele heeft er méér dan drie. Van de respondenten die in Turkije zijn geboren heeft 32 procent drie kinderen en 10 procent méér dan drie. Respondenten die in Marokko zijn geboren hebben gemiddeld de meeste kinderen. 23 procent van hen heeft drie kinderen en 30 procent méér dan drie. Dit verschil is statistisch significant (Pearson chi kwadraat = 69, df = 6, $p < 0,001$).

¹² Er is één respondent in de leeftijdscategorie 12,5 jaar. Dit berust waarschijnlijk op een vergissing

¹³ Van 2 respondenten was het geboorteland onbekend

Tabel 3.2.4 geeft het jaar van aankomst in Nederland aan.

Tabel 3.2.4 Aankomstjaar in Nederland

Jaargroep van aankomst	Aantallen	Percentage
1960-1969	2	.4
1970-1979	90	16.0
1980-1989	209	37.1
1990-1999	242	42.9
2000-2001	21	3.7
Totaal	564	100.0
In Nederland geboren	43	
Gegeven ontbreekt	1	
Totaal	608	

Ruim 40 procent van de respondenten woont vijftien jaar of langer in Nederland en 10 procent korter dan vijf jaar. Van de Marokkaanse groep is iets meer dan één derde vóór 1985 in Nederland gekomen en van de Turkse groep één kwart.

Moeders die pas kort in Nederland zijn hebben minder kinderen dan moeders die al langer in Nederland wonen. Het verschil is statistisch significant en blijft bestaan als er wordt gecorrigeerd voor leeftijd met multinominale logistische regressie (likelihood ratio test $p < 0,001$).

Het opleidingspeil van de respondenten wordt in de tabellen 3.2.5 en 3.2.6 weergegeven. De opleidingscategorieën in Nederland en in het buitenland verschillen. Daarom is gekozen voor twee verschillende indelingen in de tabellen 3.2.5 en 3.2.6.

Tabel 3.2.5 Opleiding buiten Nederland

	Aantallen	Percentage
Geen opleiding buiten Nederland gevolgd	227	37.3
Lager onderwijs	210	34.6
Lager beroepsonderwijs	12	2.0
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	78	12.9
Middelbaar beroepsonderwijs	36	5.9
Hoger algemeen en vwo	19	3.1
Hoger beroepsonderwijs en wo -kandidaats	6	1.0
Wetenschappelijk onderwijs	5	0.8
Anders	15	2.4
Totaal	608	100.0

Tabel 3.2.6 Hoogste opleiding in Nederland

	Aantallen	Percentage
Geen opleiding in Nederland gevolgd	407	66.9
Lagere school of speciaal basisonderwijs	38	6.3
VGLO, LAVO, lager beroepsonderwijs	108	17.8
Middelbare school	11	1.8
Middelbaar beroepsonderwijs	30	4.9
Hoger beroepsonderwijs	8	1.3
Universiteit of hogeschool	5	0.8
Anders	1	0.2
Totaal	608	100.0

Van de respondenten die in Marokko zijn geboren heeft 61 procent een formele opleiding¹⁴. Van die in Turkije zijn geboren heeft 94 procent een formele opleiding en van de groep die in Nederland geboren is, heeft 98 procent een formele opleiding. Dit verschil is statistisch significant en blijft bestaan als er wordt gecorrigeerd voor leeftijd met multinominale logistische regressie (likelihood ratio test $p < 0,001$).

Taalbeheersing respondenten.

Eén derde van de respondenten zegt alles in het Nederlands te begrijpen en ongeveer één kwart zegt het meeste wat in het Nederlands tegen hen wordt gezegd te begrijpen. Gezamenlijk begrijpt ruim de helft van de respondenten het Nederlands. De spreekvaardigheid ligt lager dan de passieve kennis (begrip van het gesproken woord). Iets minder dan één derde van de respondenten kan goed Nederlands spreken en één op de vijf spreekt redelijk Nederlands. Gezamenlijk spreekt de helft van de respondenten redelijk tot goed Nederlands. De taalbeheersing hangt samen met de verblijfsduur: hoe langer men in Nederland verblijft, hoe beter men de taal spreekt. De taalbeheersing hangt ook samen met de opleiding: hoe hoger de opleiding, hoe beter men het Nederlands beheerst. Turkse vrouwen beheersen het Nederlands minder goed dan de Marokkaanse groep. Moeders die het Nederlands goed beheersen hebben statistisch significant minder kinderen dan moeders die het Nederlands minder goed beheersen. Het verschil blijft bestaan als er wordt gecorrigeerd voor leeftijd met multinominale logistische regressie (likelihood ratio test $p = 0,001$).

3.3 Sociaal economische gegevens

De onderzoeksgroep neemt een lage sociaal economische positie in, zie voor het netto inkomen tabel 3.3 Dit is niet verwonderlijk omdat de onderzoekswijken op grond van inkomen en opleiding als achterstandswijken zijn geclassificeerd door de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV.

¹⁴ Alle opleidingen, inclusief de lagere school, worden in dit rapport aangeduid als "formele opleiding"

Tabel 3.3 Netto maandinkomen

	Aantallen	Percentage
Minder dan fl. 2.000 (908 euro)	34	5.6
Fl. 2.000,- t/m fl. 2.500 (908 - 1135 euro)	137	22.5
Fl. 2.501,- t/m fl. 3000 (1136 - 1362 euro)	107	17.6
Fl. 3.001,- t/m fl. 4000 (1363 - 1815 euro)	76	12.5
Fl. 4.001,- t/m fl. 5000 (1816 - 2270 euro)	14	2.3
Fl. 5.001 en meer (2271 euro)	5	0.8
Weet niet	70	11.5
Wil niet zeggen	165	27.1
Totaal	608	100.0

47 procent van de huishoudens heeft een computer en het aantal internet aansluitingen bedraagt 20 procent.

78 procent van de respondenten verricht géén betaald werk en 12 procent werkt meer dan 20 uur betaald buitenshuis. Betaald werk buitenshuis hangt samen met de verblijfsduur. Van de groep die tussen 1995 en 2002 in Nederland is gekomen, werkt maar 2 procent meer dan 20 uur buitenshuis tegenover 16 procent van de groep die vóór 1985 naar Nederland gekomen is. Van de groep die in Nederland is geboren werkt 38 procent meer dan 20 uur per week betaald buitenshuis, tegenover 7 procent van de groep die in Marokko en 13 procent die in Turkije zijn geboren. Het aantal kinderen in gezinnen waar de respondent meer dan 20 uur betaald werkt, is statistisch significant kleiner dan in gezinnen waar de moeder minder dan 20 uur betaald werkt. Het verschil blijft bestaan als er wordt gecorrigeerd voor leeftijd met multinominale logistische regressie (likelihood ratio test $p < 0,001$). Het aantal uren betaald werk buitenshuis hangt samen met de opleiding: hoe hoger de opleiding, hoe meer uren men buitenshuis betaald werk verricht. Verder wordt er vaker en langer gewerkt als de Nederlandse taal wordt beheerst. Hierbij moet wel rekening worden gehouden dat de verblijfsduur in Nederland en de taal afhankelijk van elkaar zijn (spearman's rho correlatie van 0,37).

5 procent van de respondenten besteedt meer dan 8 uur wekelijks aan studie, 3 procent meer dan 4 uur per week aan vrijwilligerswerk, 3 procent meer dan 4 uur per week aan het verzorgen van een ziek familielid en 2 procent meer dan 10 uur per week aan de zorg voor ouders.

3.4 Gezondheid indexkind, ziekenhuisopname, huisartsbezoek en geneesmiddelen gebruik

16 procent van de respondenten beantwoordt de vraag: "Heeft uw kind problemen met de gezondheid waardoor u vaak met hem/haar naar een dokter moet?" bevestigend. Astma, allergische aandoeningen en bronchitis worden het meest genoemd. 13 procent van de kinderen gebruikt medicijnen, meestal voor astma, soms voor allergie en bronchitis. 19,3 procent, ongeveer een vijfde van alle kinderen is ooit langer dan een dag in het ziekenhuis opgenomen. Een normale geboorte in het ziekenhuis is hierbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3.4.1 geeft de opnameredenen.

Tabel 3.4.1 Reden voor ziekenhuisopname

Reden van ziekenhuisopname	Geboorteland			Totaal
	Nederland	Turkije	Marokko	
Verwijderen van keel en neusamandelen		8	2	10
Problemen na geboorte		6		6
Problemen met luchtwegen		4	1	5
Problemen in genitale organen		2	2	4
Probleem met suikergehalte in bloed		2		2
Probleem met darm		3	1	4
Nierprobleem		1	2	3
Longontsteking	1	3	2	6
Koorts	1	2	1	3
Keel, neus, ooraandoening (kno-aandoening)		3	1	4
Hoestprobleem			3	3
Hersenvliesontsteking		1	1	2
Hartprobleem		4	3	7
Griep		4	2	6
Geelzucht		1	2	3
Ernstige valpartij		3	2	5
Epileptische aandoeningen		1	1	2
Eetprobleem		1	1	2
Diarree		6	5	11
Bronchitis		1	1	2
Bacteriële infectie		5	1	6
Astma aanval		3	3	6
Ademhalingsproblemen			4	4
Allergische aandoeningen			2	2
Anders		11	6	17
Subtotaal	2	75	49	126
Totaal aantal respondenten per geboorteland	43	287	276	606

In de categorie anders vielen: rotavirus, virus opgelopen, uitdrogingsverschijnselen, ruis aan longen (virus), obstipatie, problemen met heupbot (benen in de gips), opera-

tie aan liesbreuk, ingegroeide teennagel, per ongeval neusdruppels gedronken, kinkhoest, eten van insecten bestrijdingsmiddel, bekkenprobleem, bloedarmoede, in ziekenhuis met salmonella bacterie besmet, niet ingedaalde balzak.

Tabel 3.4.2 geeft het jaarlijkse aantal contacten met de huisarts voor kinderen van 0 t/m 4 jaar.

Tabel 3.4.2 Hoe vaak is kind van 0 t/m 4 jaar binnen één jaar tijd naar de huisarts geweest?

	Aantallen	Percentage
Niet naar de huisarts geweest	86	17.6
1 keer	102	20.9
2 keer	104	21.3
3 keer	66	13.5
4 keer	43	8.8
> 4 keer	87	17.8
Totaal	488	100.0
Gegeven ontbreekt	120	
Totaal	608	

Tabellen 3.4.3, 3.4.4 en 3.4.5 geven de antwoorden op de drie vragen uit de 'RAND general health rating index for children'. De eerste vraag betreft de inschatting van de gezondheid van het kind door de ouders, de tweede de zorgen die de ouders zich in de afgelopen drie maanden hebben gemaakt over de gezondheid van hun kind. De derde vraag betreft de inschatting door de ouders van de hoeveelheid pijn of ongemak dat de ziekte van het kind hem/haar veroorzaakt heeft in de laatste drie maanden.

Tabel 3.4.3 Inschatting algemene gezondheid van het kind

	Aantallen	Percentage
Uitstekend	194	31.9
Goed	302	49.7
Matig	105	17.3
Slecht	7	1.2
Totaal	608	100.0

Tabel 3.4.4 Hebben ouders zich zorgen gemaakt over gezondheid kind in laatste 3 maanden

	Aantallen	Percentage
Heel veel	48	7.9
Enigszins	134	22.1
Weinig	167	27.6
Geen	257	42.4
Totaal	606	100.0
Geen gegeven	2	
Totaal	608	

Tabel 3.4.5 Pijn of ongemak dat de ziekte het kind heeft veroorzaakt in laatste 3 maanden

	Aantallen	Percentage
Heel veel	45	7.4
Enigszins	111	18.3
Weinig	129	21.3
Geen	320	52.9
Totaal	605	100.0
Geen gegeven	3	
Totaal	608	

12 procent van de ouders meent dat hun kind sneller ziek wordt dan andere kinderen.

3.5 Bereik

99 procent van de moeders kent het consultatiebureau. In 96.1 procent van gezinnen gaat iemand met het kind naar het consultatiebureau. Er zijn géén statistisch significante verschillen tussen moeders die wel en die niet het consultatiebureau bezoeken wat betreft opleiding, het aantal uren werk buitenshuis, beheersing van het Nederlands en het netto inkomen van het huishouden. Wel is er een verschil tussen huishoudens die wel en die niet het consultatiebureau bezoeken wat betreft het aantal kinderen. Gezinnen die het consultatiebureau niet bezoeken hebben vaker 4 of meer kinderen dan gezinnen die het consultatiebureau bezoeken. Dit verschil is statistisch significant (Pearson chi kwadraat = 8.984, df = 1, p = 0.003).

80 procent van de respondenten meent dat het consultatiebureau verplicht is, 12 procent denkt van niet en 8 procent weet het niet. 6 procent van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord. Respondenten met een lage opleiding denken vaker dat het consultatiebureau verplicht is dan degenen met een hoge opleiding. Dit verschil is statistisch significant (Pearson chi-kwadraat = 6.027, df = 2, p = 0,049). Uiteraard is het niet verplicht het consultatiebureau te bezoeken.

In 98.4 procent van de huishoudens is er een groei- of babyboekje aanwezig. Zelfs de gezinnen die het consultatiebureau niet bezoeken, hebben soms het groeiboekje of een babyboekje. 10 van deze gezinnen hebben het groeiboekje, 5 een Marokkaans of Turks babyboekje en 7 gezinnen zowel een Marokkaans of Turks én een Nederlands boekje. Slechts 2 van deze 24 gezinnen hebben noch het groeiboekje, noch een babyboekje. 94.2 procent van de huishoudens kan de inentingskaart tonen.

Driekwart van de respondenten volgt de routine op het consultatiebureau en maakt gebruik van alle aangeboden diensten. Slechts 2 procent komt uitsluitend voor vaccinaties, zie tabel 3.5.1. Ongeveer driekwart van de respondenten heeft ervaring met één consultatiebureau en een vijfde deel ervaring met twee.

Tabel 3.5.1 Gebruik van diensten op het consultatiebureau

	Aantallen	Percentage
Ik volg de routine	424	73.9
Ik kom alleen voor inenting	9	1.6
Ik kom alleen voor arts/verpleegkundige voor nakijken	5	.9
Ik kom voor inenting en nakijken	131	22.8
Anders	5	.9
Totaal	574	100.0
Gegevens ontbreken	34	
Totaal	608	

Van 561 kinderen is het bekend hoe vaak zij gedurende hun hele leven het consultatiebureau hebben bezocht. Tabel 3.5.2 geeft deze frequentie aan. Als afkappunt voor kinderen ouder dan 1 jaar is het aantal van 10 bezoeken genomen.

Tabel 3.5.2 Frequentie consultatiebureau bezoek naar geboortjaar

Geboortjaar	< 10 bezoeken aan het consultatiebureau* N (%)	10 of meer bezoeken aan het consultatiebureau N (%)	Totaal Totaal
2001†	43 (35)	81 (65)	124
2000	44 (32)	92 (68)	136
1999	25 (23)	82 (77)	107
1998	8 (11)	63 (89)	71
1997	5 (11)	41 (89)	46
1996	2 (22)	7 (78)	9
1995	1 (33)	2 (66)	3
1994	0 --	1	1
Totaal	128	369	497

† In deze groep zitten ook kinderen die nog jonger zijn dan één jaar

* Van de groep kinderen die minder dan 10 keer naar het consultatiebureau zijn geweest, zijn 19 kinderen, of 15 procent, minder dan 5 keer geweest. Van de 497 kinderen is dus 4 procent minder dan 5 keer naar het consultatiebureau geweest

Van 43 kinderen die in 2002 zijn geboren is de geboortemaand bij de berekening betrokken. Van deze 43 kinderen zijn er 23 minder dan het voorgeschreven aantal naar het consultatiebureau geweest en 20 volgens het voorgeschreven schema. In 82 procent van de gezinnen gaat de respondent alleen naar het consultatiebureau. In 102 huishoudens, ofwel 18 procent, wordt zij/hij door iemand vergezeld. Dit is in 75 gezinnen de vader, in 8 gezinnen een nicht, neef, tante of oom, in 8 de grootmoeder en in 8 gezinnen een broer of een zus van het kind. Meestal (49 van de 82 keer) is een gebrekkige kennis van het Nederlands van de moeder de reden dat iemand haar vergezelt. 6 keer is het antwoord: "Omdat hij de vader van het kind is!" en 11 keer: "Hij wil ook weten hoe het met zijn kind gaat". Vervoer is drie keer een reden, een keer vanwege een tweeling. Slechts in één gezin mag de moeder niet alleen naar het consultatiebureau gaan.

In 10 gezinnen ging iemand anders dan de moeder met het kind naar het consultatiebureau. In de helft van de gezinnen wordt van tevoren afgesproken wat er op het consultatiebureau gevraagd en gezegd zal worden. In 90 procent van de gevallen rapporteert degene die met het kind naar het consultatiebureau is geweest over wat daar besproken is.

3.6 Huisbezoek en verwijzing.

In Nederland wordt in principe elk gezin met een pasgeborene thuis door iemand van het consultatiebureau bezocht. Hierbij wordt via de hielprik bloed afgenomen voor het vaststellen van aangeboren stofwisselingsziekten: tenzij dat al in het ziekenhuis is verricht. 516 van de 608 gezinnen (85 procent), wordt na de geboorte van het kind thuis bezocht. 92 gezinnen, 15 procent, ontvangt echter géén huisbezoek na de geboorte. 98 procent van de bezochte gezinnen is tevreden over dit huisbezoek.

Tabel 3.6.1 geeft een aantal van de genoemde redenen voor tevredenheid over het huisbezoek na de geboorte.

Tabel 3.6.1 Reden tevredenheid over huisbezoek

	Geboorteland			Totaal
	Nederland	Turkije	Marokko	
Ze heeft voor me een afspraak gemaakt, papieren van het CB voor me ingevuld. Ze heeft me twee groeiboeken gegeven (NL en eigen taal), ze heeft me gevraagd hoe mijn bevalling ging			1	1
Ze heeft me advies gegeven over opvoeding, ze heeft me gevraagd over mijn gezondheid en over het kind			3	3
Ze heeft me veel advies gegeven, (medische) informaties over vaccinaties, (borst)voeding en opvoeding		4	12	16
Ze hebben goed belangstelling getoond en mij goed geholpen. Ze was aardig	2	14	4	20
Omdat ze goed werk hebben afgeleverd		3	5	8
Omdat kind goed onderzocht en ondervraagd werd		3	3	6
Omdat het om de gezondheid van de kinderen ging.				
Kind werd op zijn gemak en gerust gesteld			1	1
Medewerkster heeft de baby onderzocht en nuttige informatie doorgegeven		1	3	4
Je krijgt het gevoel dat je serieus wordt genomen		1		1
Alles is naar wens		4	1	5
Vader vond het leuk dat er iemand langs kwam om hem te feliciteren en dat ze interesse toonde			1	1
Subtotaal	2	30	30	62
Totaal per geboorteland	19	305	284	608

Ook later kan iemand van het consultatiebureau gezinnen thuis bezoeken. Tabel 3.6.2 geeft aan hoeveel gezinnen ander huisbezoek dan vlak na de geboorte ontvingen met de door de respondenten vermelde reden.

Tabel 3.6.2 Huisbezoek met de door de respondent vermelde reden

	Aantallen	Percentage
Ja, omdat ik daarom gevraagd heb	22	3.6
Ja, omdat men het nodig vond	83	13.7
Ja, andere reden	10	1.6
Nee, geen huisbezoek	493	81.1
Totaal	608	100.0

19 procent van de gezinnen is, het huisbezoek vlak na de geboorte niet meegerekend, thuis bezocht. Ongeveer één vijfde deel van de bezochte gezinnen heeft zelf om het huisbezoek gevraagd. 95 procent van de respondenten is over dit bezoek tevreden.

Verwijzing

85 gezinnen, 15 procent, is door het consultatiebureau verwezen. Van deze 85 verwijzingen wordt 49 keer naar de huisarts, 17 keer naar artsen in ziekenhuizen en 1 keer naar een bureau voor opvoedingsproblemen verwezen. Er wordt niet verwezen naar het RIAGG, bureau Jeugdzorg, Marokkaanse of Turkse genezers of de imam. De overige 20 kinderen worden naar verschillende instellingen verwezen. De meerderheid van de respondenten volgt het advies voor verwijzing op en is over de resultaten tevreden. Er is geen statistisch significant verschil tussen de groep die wel en niet verwezen wordt wat betreft verblijfsduur in Nederland, opleiding, aantal kinderen en kennis van het Nederlands.

1,6 procent van de respondenten heeft een bezoek aan de huisarts wel eens uitgesteld omdat men een afspraak heeft op het consultatiebureau.

3.7 Tolken

Ruim 40 procent van de respondenten heeft op het consultatiebureau behoefte aan een tolk. In bijna 90 procent van de consultatiebureaus kan men een tolk en/of een tolkentelefoon inschakelen. Informatie over de mogelijkheid om tolken in te schakelen, inzet van vrouwelijke tolken, inzet van interculturele zorgconsulenten, een tolk bij ieder bezoek en afstemming van de afspraken op de aanwezigheid van tolken worden genoemd als verbeterpunten.

3.8 Oordeel over het nut van de dienstverlening op het consultatiebureau

Op het consultatiebureau worden kinderen lichamelijk onderzocht, hun lengte, gewicht en schedelomtrek worden gemeten en het resultaat wordt met de ouder(s) besproken. Daarnaast worden de kinderen gevaccineerd en krijgen de ouders voorlichting en advies over voeding, vitamine gebruik, tandverzorging, zindelijkheid, het voorkomen van ongevallen en over gedrags- en opvoedingsproblemen. Ook worden Marokkaanse en Turkse ouders voorgelicht over de zorg voor kinderen tijdens lange reizen naar de herkomstlanden.

De respondenten wordt hun mening gevraagd over het nut van de hierboven genoemde activiteiten. Ook wordt gevraagd of zij het krijgen van een recept op het consultatiebureau nuttig zouden vinden. Qua nut scoort vaccineren het hoogste en het eventueel krijgen van een recept wordt van de opgesomde mogelijkheden het minst nuttig geacht. Tabel 3.8 geeft de rangorde van activiteiten aan naar het ervaren nut.

Tabel 3.8 Mening van respondenten over het nut van de activiteiten¹⁵

Activiteit	"Heel nuttig" en "Nuttig" samen in %
Vaccinaties	99.8
Voorlichting over vaccinaties	99.5
Lichamelijk onderzoek	99.5
Meten van lengte, gewicht en schedelomtrek	99.2
Controle of het kind goed hoort en ziet	98.8
Voorlichting over vitamine A & D	98.4
Voorlichting over tandverzorging	98.2
Voorlichting over ongevallen en ongelukken	95.7
Voorlichting over voeding	95.4
Voorlichting over gezondheid tijdens lange reizen	94.4
Bespreking van gedragsproblemen ¹⁶	93.4
Vergelijken ontwikkeling met die van andere kinderen	92.6
Krijgen van recept op consultatiebureau ¹⁷	89.0

3.9 Oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening

Niet alle respondenten maken ook alle activiteiten mee. Dit is een belangrijk gegeven voor het vergelijken van het oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening. Tabel 3.9.1 geeft een overzicht van de activiteiten waarvan de respondenten zeggen die nooit te hebben meegemaakt. Ze staan in volgorde van het meest naar het minst meegemaakte activiteiten.

¹⁵ Als meer dan 5 respondenten een vraag niet willen of kunnen beantwoorden wordt dat aantal vermeld

¹⁶ 16 respondenten hebben deze vraag niet willen of kunnen beantwoorden

¹⁷ 7 respondenten hebben deze vraag niet willen of kunnen beantwoorden

Tabel 3.9.1 Activiteiten die respondenten nooit hebben meegemaakt

Activiteit	Aantallen respondenten en (%)
Lichamelijk onderzoek	0 (0%)
Bespreking resultaten lichamelijk onderzoek	0 (0%)
Bespreking resultaten of kind goed hoort en ziet	4 (0.8)
Bespreking resultaten meting lichaamsmaten	5 (0.9)
Vaccinaties	5 (0.9)
Bespreking ontwikkeling van kind	11 (1.9)
Voorlichting over voeding	19 (3.3)
Voorlichting over vitamine A & AD	19 (3.3)
Voorlichting over voor- en nadelen van vaccinaties	25 (4.4)
Onderzoek of kind goed hoort en ziet	50 (8.7)
Voorlichting over gezondheid kind tijdens reizen	117 (20.4)
Voorlichting over ongevallen en ongelukken	120 (20.9)
Bespreking gedragsproblemen	183 (32.2)

Een derde van de respondenten heeft nooit het bespreken van gedragsproblemen meegemaakt.

Tabel 3.9.2 geeft het oordeel weer van de respondenten over de kwaliteit van de activiteiten. Alleen respondenten die het consultatiebureau bezoeken hebben deze vraag beantwoord. Dit zijn er 584. 10 respondenten hebben deze vragen niet beantwoord zodat het totale aantal respondenten over de kwaliteit van de dienstverlening 574 is. De meest gewaardeerde activiteit staat bovenaan, het minst gewaardeerde onder aan de lijst.

Tabel 3.9.2 Oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening

Activiteit	Heel tevreden en Tevreden samen in %
Oordeel over vaccinaties	97.0
Lichamelijk onderzoek	96.0
Onderzoek of kind goed hoort en ziet	95.2
Bespreking ontwikkeling van kind	94.5
Bespreking resultaten of kind goed hoort en ziet	94.2
Bespreking resultaten metingen lichaamsmaten	93.8
Bespreking gedragsproblemen	93.3
Bespreking resultaten lichamelijk onderzoek	93.2
Voorlichting over vitamine A & AD	92.6
Voorlichting over voeding	91.9
Voorlichting over gezondheid kind tijdens reizen	90.1
Voorlichting over ongevallen en ongelukken	89.4
Voorlichting over tandverzorging	87.2
Voorlichting over voor- en nadelen van vaccinaties	88.9

Respondenten die vóór 1985 naar Nederland zijn gekomen, in Nederland zijn geboren, het Nederlands goed spreken, een formele opleiding hebben, meer dan 20 uur betaald werk buitenshuis verrichten en in Rotterdam wonen, staan kritischer tegenover de activiteiten op het consultatiebureau dan respondenten die ná 1985 in Nederland zijn aangekomen, in Marokko of Turkije zijn geboren, het Nederlands niet goed beheersen, geen formele opleiding hebben, minder dan 20 uur betaald werk buitenshuis verrichten en in Amsterdam of Arnhem wonen.

Tabel 3.9.3 geeft de statistische significantie waarden aan voor de verschillen tussen het oordeel van moeders mét en zonder een formele opleiding wat betreft enkele activiteiten. Al deze verschillen zijn statistisch significant.

Tabel 3.9.3 Significantiewaarden tussen moeders met en zonder formele opleiding

Kenmerken	Wel opl	Geen opl	F*	p
	% heel nuttig	% heel nuttig		
Nut lichamelijk onderzoek	57%	77%	15.6	< 0.001
Nut meten van lengte, gewicht en schedelomtrek	55%	74%	15.0	0.001
Een recept krijgen van de arts op het CB nuttig?	43%	57%	24.2	<0.001
Voorlichting over vitamine A & AD nuttig?	50%	66%	10.9	0.007
Voorlichting over vaccinaties nuttig?	57%	72%	8.0	0.013
Bespreking gedragsproblemen nuttig?	41%	43%	13.2	0.003
Voorlichting over gezondheid tijdens reizen	46%	65%	16.3	0.001
Voorlichting over ongevallen/ongelukken	47%	58%	8.3	0.03
Vaccinaties	58%	72%	6.9	0.02

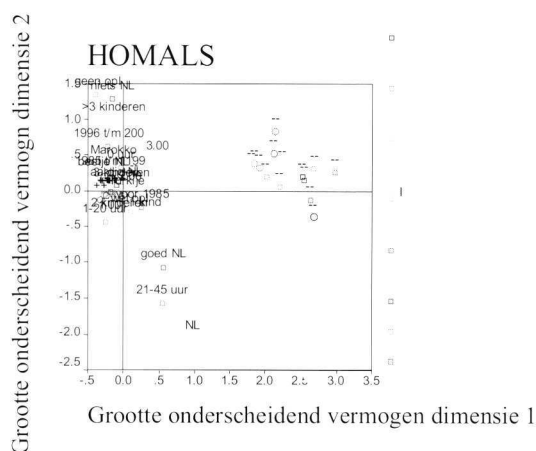
*Fisher exact toets

Het meest ontevreden zijn de respondenten over de voorlichting wat betreft mondgezondheid, gevolgd door voorlichting over de voor- en nadelen van vaccinaties. Ook is deze groep respondenten niet zo tevreden over de voorlichting over het voorkómen van ongelukken en ongevallen, voorlichting over reizen naar de herkomstlanden en voorlichting over voeding en vitamine A en AD. Velen van hen hebben bespreking van gedragsproblemen niet meegemaakt. 7 procent van degenen die dit wél hebben meegemaakt is over deze activiteit echter niet tevreden.

Wat betreft de steden springt Rotterdam als woonplaats het meest in het oog. Rotterdammers zijn 13 van de 14 keer ontevredener dan respondenten in Amsterdam en Arnhem. Dit wordt gevolgd door respondenten die goed Nederlands spreken. 9 van de 14 keer zijn deze ontevredener dan degenen die het Nederlands minder goed beheersen. Ten slotte zijn respondenten die in Nederland zijn geboren 8 van de 14 keer ontevredener dan respondenten die in Marokko en Turkije zijn geboren.

De tevredenheid van de respondenten wordt geïllustreerd in figuur 3 met een HOMALS analyse. De plussen geven de tevredenheid van de vragen weer en de minnen de ontevredenheid. Dit geeft een indicatie voor clustering van de minder tevreden respondenten op grond van het feit dat zij in Nederland zijn geboren, het Nederlands goed spreken en meer dan 20 uur buitenshuis betaald werk verrichten.

Figuur 3. HOMALS tevredenheid construct¹⁸



Amsterdam = 1.00 Arnhem = 2.00 Rotterdam = 3.00

Bovenin aan de linkerzijde in figuur 3 vormen de respondenten die geen formele opleiding hebben, niet in Nederland zijn geboren, meer dan 3 kinderen hebben, tussen 1996 en 2000 naar Nederland zijn gekomen een groep. Het kleine groepje onderin, drie vierkantjes die apart staan van alle anderen, vertegenwoordigen respondenten met de volgende kenmerken: goede beheersing van de Nederlandse taal, werken méér dan 20 uur betaald buitenshuis, in Nederland geboren. Met behulp van chi-kwadraat en Fisher exact toetsen bepalen we of er significante verschillen in tevredenheid tussen de groep die goed Nederlands spreekt, meer dan 21 uur werkt en in Nederland is geboren en de rest. Hieruit volgt dat de groep minder positief staat tegenover hoe het kind lichamelijk wordt onderzocht door het consultatiebureau, hoe de ontwikkelingen van het kind worden besproken, de voorlichting over vitamine D of AD en het bespreken van de gedragsproblemen van het kind.

Ouders met een formele opleiding hechten meer waarde aan het bespreken van gedrags- en opvoedingsproblemen dan ouders zonder een formele opleiding. Dit geldt ook in sterke mate voor de beheersing van het Nederlands. Ouders die het Nederlands goed beheersen brengen het onderwerp gedrags- en opvoedingsproblemen vaker ter sprake dan ouders die het Nederlands niet goed begrijpen en spreken.

¹⁸ Voor de uitleg van de HOMALS grafiek wordt verwezen naar bladzijde 29

Tabellen 3.9.4 toont het oordeel van de respondenten over de bereikbaarheid van het consultatiebureau.

Tabel 3.9.4 Bereikbaarheid van het consultatiebureau

	Aantallen	Percentage
Goed te voet te bereiken	563	92.8
Goed bereikbaar met eigen vervoer	30	4.9
Goed bereikbaar met openbaar vervoer	4	0.7
Niet gemakkelijk te bereiken	10	1.6
Totaal	607	100.0
Geen opgave	1	
Totaal	608	

Het consultatiebureau is voor de meeste gezinnen goed bereikbaar. De openingstijden zijn voor 86 procent van de respondenten vaak en voor 12 procent soms geschikt. Over de wachttijden voor het maken van een afspraak en de wachttijd op het consultatiebureau zelf bestaat minder tevredenheid. Toch is de meerderheid, ongeveer 80 procent, tevreden over de wachttijden. Een andere belangrijk onderwerp is de telefonische bereikbaarheid van het consultatiebureau buiten de openingstijden, als men bijvoorbeeld een acute vraag heeft. Zie tabel 3.9.5.

Tabel 3.9.5 Telefonische bereikbaarheid van het consultatiebureau buiten de openingstijden

	Aantallen	Percentage
Vaak	101	16.6
Soms	118	19.4
Nooit	289	47.5
Weet niet geen opgave	100	16.5
Totaal	608	100.0

3.10 Bejegening.

Tabel 3.10.1 toont de mening van de respondenten over de bejegening. De antwoorden "Ja, ruim voldoende" en "Ja, voldoende" zijn bij elkaar opgeteld. Achter de aantallen is tussen haakjes het percentage vermeld.

Tabel 3.10.1 *Bejegening door personeel van consultatiebureau*

Bejegening door personeel van consultatiebureau	Ja (ruim) voldoende N (%)	Ja, enigszins voldoende N (%)	Nee, niet voldoende N (%)
Bent u met respect behandeld?	508 (89)	58 (10)	4 (1)
Heeft het personeel van het CB u voldoende serieus genomen?	493 (86)	67 (12)	11 (2)
Is uw kind voldoende zorgvuldig onderzocht?	488 (85)	67 (12)	16 (3)
Is uw kind op haar/zijn gemak gesteld?	483 (85)	68 (12)	20 (3)
Is er voldoende tijd aan kind besteed?	475 (83)	79 (14)	19 (3)
Was er voldoende tijd en ruimte om vragen te stellen?	479 (84)	71 (12)	24 (4)
Was er voldoende aandacht voor de problemen van uw kind?	416 (77)	92 (17)	31 (6)

Meer dan 90 procent van de respondenten meent dat het personeel van het consultatiebureau (ruim) voldoende zorg en tijd aan hun kind besteedt. Dit geldt ook voor een respectvolle behandeling en het zich serieus genomen voelen van de respondenten zelf.

Er zijn echter statistisch significante verschillen tussen moeders mét en zónder een formele opleiding. Deze verschillen betreffen onder andere het oordeel of er voldoende tijd aan hun kind is besteed, of het kind voldoende zorgvuldig is onderzocht, of het kind op haar/zijn gemak is gesteld, of zij voldoende tijd en ruimte krijgt van het consultatiebureaupersoneel om vragen te stellen en of het personeel van het consultatiebureau voldoende aandacht schenkt aan de problemen van hun kind en aan hun eigen problemen. Dit geldt ook voor het gevoel met respect te worden behandeld en serieus genomen zijn. Moeders met een formele opleiding zijn op al deze punten kritischer. Met Fischer exact testen zijn alle p waarden < 0.001 .

Een belangrijk aspect van bejegening is het zich serieus genomen voelen, zich "gehoord en gezien" voelen. Ruim de helft van de respondenten meent dat het consultatiebureaupersoneel voldoende begrip toont voor hun opvattingen over de gezondheid van de kinderen. Een vijfde deel meent dat men soms voldoende begrip toont en één vijfde deel is van mening dat niet voldoende begrip wordt getoond. Wat betreft de opvoeding van de kinderen antwoorden de respondenten volgens een soortgelijk patroon.

Moeders die goed Nederlands spreken, die in Nederland zijn geboren, een formele opleiding hebben genoten, staan ook kritischer tegenover de bejegening dan moeders die het Nederlands niet goed beheersen, die geen of zeer weinig formele opleiding hebben genoten en die niet in Nederland zijn geboren.

Ongeveer de helft van de respondenten is het er in zekere mate mee eens dat het personeel van het consultatiebureau te weinig aandacht heeft voor hun cultuur. Ruim de helft van de respondenten meent zelfs dat het personeel van het consultatiebureau nooit geïnteresseerd is in hun culturele achtergrond.

Aan de andere kant heeft tweederde deel van de respondenten zelf géén behoefte om over Turkse of Marokkaanse gewoonten wat betreft ziekten van kinderen op het consultatiebureau te spreken. Voorbeelden van opvattingen van het consultatiebureau personeel over de verzorging en opvoeding van Marokkaanse en Turkse kinderen:

- Turkse en Marokkaanse ouders sturen hun kinderen laat naar bed;
- ze geven hun kinderen de verkeerde voeding;
- ze besteden niet veel aandacht aan de kinderen. Dit geldt vooral voor de mannen;
- Turkse ouders willen bolle kinderen, en de kinderen krijgen geen speelgoed.

Tabel 3.10.2 geeft de voorkeur van de respondenten door wie zij geholpen willen worden op het consultatiebureau.

Tabel 3.10.2 Door wie wordt respondent het liefst geholpen?

	Aantallen	Percentage
Door iemand uit mijn eigen cultuur	149	26.0
Door een Nederlander	31	5.4
Het maakt mij niet zoveel uit	394	68.6
Totaal	574	100.0
Gegevens ontbreken	34	
Totaal	608	

Een kwart van de respondenten heeft voorkeur voor iemand uit de eigen cultuur. Voor bijna 70 procent maakt het niet uit of het iemand uit de eigen cultuur of een Nederlander is. Tabel 3.10.3 toont de redenen voor de voorkeur van de 149 respondenten om door iemand met dezelfde culturele achtergrond te worden geholpen.

Tabel 3.10.3 Redenen voorkeur voor personeel met dezelfde culturele achtergrond

	Aantallen ¹⁹	Percentage
De taal	92	61.7
Begrijpen mijn gewoonten beter	77	51.7
Luisteren beter naar mij	18	12.1
Vragen met meer belangstelling hoe het thuis gaat	13	8.7
Tonen meer respect voor mij	13	8.7
Nemen mij serieus	8	5.4

¹⁹ Elk respondent kon méér dan één reden hebben voor haar voorkeur. Het totaal is daarom meer dan 149.

Voor de overgrote meerderheid was de taal de reden om door iemand uit de eigen cultuur geholpen te worden. Slechts zeer weinig respondenten hebben een voorkeur voor personeel met dezelfde culturele achtergrond wegens vermeende verschillen in bejegening. De opleiding van de respondent heeft géén invloed op deze keuze. 54 procent van de respondenten antwoorden bevestigend op de vraag of zij op het consultatiebureau elke keer door dezelfde persoon geholpen willen worden. Voor 46 procent maakt dat niet uit. 44 procent wordt inderdaad meestal door dezelfde persoon geholpen.

50 respondenten kunnen op hun consultatiebureau klachten bespreken. 14 van deze 50 hebben dit inderdaad gedaan. 9 van deze 14 menen dat een dergelijk gesprek invloed heeft gehad. 11 van deze 14 respondenten spreken redelijk tot goed Nederlands.

Respondenten noemen een psycholoog, pedagoog, opvoedkundige, voorlichter eigen taal en cultuur (VETC), interculturele zorgconsulenten en zorgmoeders als mogelijke andere hulpverleners op het consultatiebureau.

Tabel 3.10.4 sluit deze paragraaf af met het antwoord op de vraag: 'Al met al, wat is uw oordeel over het consultatiebureau?' De meerderheid blijkt (heel) tevreden te zijn.

Tabel 3.10.4 Tevredenheid respondenten over het consultatiebureau

	Aantallen	Percentage
Heel tevreden	144	23.7
Tevreden	432	71.2
Niet zo tevreden	29	4.8
Helemaal niet tevreden	2	0.3
Totaal	607	100.0
Geen opgave	1	
Totaal	608	

3.11 Informatievoorziening

6 van de 10 respondenten heeft een voorkeur voor informatie in de eigen taal. 41 procent van de respondenten met een voorkeur voor informatie in eigen taal krijgt, krijgt nóóit dat soort informatie. Van degenen die géén behoefte hebben aan informatie in de eigen taal, krijgt 41 procent dat tóch regelmatig of een enkele keer.

Ruim 86 procent van de respondenten die informatie in de eigen taal ontvangen, beoordeelt deze informatie als nuttig of zeer nuttig. Moeders met een formele opleiding hebben vaker de behoefte aan informatie in de eigen taal. Dit verschil is statistische significant (Pearson chi-kwadraat = 17.9, df = 1, $p < 0.001$).

Twee derde van de respondenten krijgt regelmatig of een enkele keer geschreven informatie in het Nederlands. Slechts de helft van deze respondenten kan die geschreven informatie altijd of vaak volgen. 86 procent vindt de in het Nederlands geschreven informatie (zeer) nuttig.

Het Nederlandstalige groeiboekje en de babyboekjes in het Turks en Marokkaans zijn op het consultatiebureau belangrijke informatiebronnen. 98.4 procent van de gezinnen heeft een groeiboekje en 94.2 procent een inentingskaart. Tabel 3.11 geeft een overzicht hoe vaak respondenten in het groeiboekje lezen of iets opzoeken.

3.11 Frequentie van lezen en zoeken in het groeiboekje

	Aantallen	Percentage
Vaak	215	35.5
Soms	311	51.4
Nooit	79	13.1
Totaal	605	100.0
Geen opgave	3	
Totaal	608	

Ruim één derde deel van de respondenten zoekt in het groeiboekje vaak iets op, de helft soms, samen ruim 85 procent.

De verschillen tussen moeders mét en zónder formele opleiding wat betreft de frequentie van het zoeken in het groeiboekje (Pearson chi-kwadraat = 59.384, df = 2, $p < 0.001$) en het oordeel over het nut (Pearson chi-kwadraat = 26.358, df = 4, $p < 0.001$) zijn statistisch significant. Moeders met een opleiding zoeken vaker iets op en zijn positiever over het nut. Wat betreft het zoeken van informatie in het groeiboekje is er een verschil tussen respondenten met 1 kind en respondenten met meer dan één kind. Het percentage respondenten dat nooit iets opzoekt in het groeiboekje is groter bij respondenten met meer dan een kind dan bij respondenten met één kind. Dit verschil is statistisch significant (Pearson chi-kwadraat = 33.0, df = 6, $p < 0.001$).

Ook zijn er verschillen wat betreft het zoeken van informatie in het groeiboekje en de verblijfsduur in Nederland, het aantal uren betaald werken buitenshuis en het beheersen van de Nederlandse taal. Respondenten die het Nederlands goed beheersen, langer in Nederland zijn en meer uren betaald werken buitenshuis zoeken vaker naar informatie in het groeiboekje dan respondenten die korter in Nederland zijn, het Nederlands niet goed beheersen en weinig of niet betaald buitenshuis werken.

Er zijn ook verschillen wat betreft het zoeken naar informatie in het groeiboekje en de woonplaats. Het percentage respondenten dat nooit iets in het groeiboekje opzoekt is

het laagst in Arnhem, 5 procent, tegenover 12 procent in Amsterdam en 17 procent in Rotterdam.

Meer dan 90 procent van de respondenten vindt het groeiboekje nuttig of zeer nuttig. Respondenten met een formele opleiding en respondenten die betaald buitenshuis werken waarderen het groeiboekje méér dan respondenten zonder formele opleiding en respondenten die niet buitenshuis werken.

3.12 Hulpzoekgedrag

Tabel 3.12.1 geeft de informatiebronnen voor vragen over de gezondheid en opvoeding van kinderen. De meest geraadpleegde informatiebron staat boven, het minst geraadpleegde onder in de lijst.

Tabel 3.12.1 Informatiebron voor vragen over de gezondheid en opvoeding van de kinderen

Bron	N (%)
Huisarts	329 (54.1)
Man, vrouw of partner	230 (37.8)
Vader of moeder	209 (34.4)
Andere familieleden	192 (31.6)
Vriendinnen, vrienden of kennissen	165 (27.1)
Televisieprogramma	109 (17.9)
Andere moeders	107 (17.6)
Tijdschriften	63 (10.4)
Buren	60 (9.9)
Wijkverpleegkundige	22 (3.6)
Boeken	21 (3.5)
Imam	17 (2.8)
Via een cursus	6 (1.0)
Van een programma	6 (1.0)
Radioprogramma	2 (0.3)

De huisarts wordt als informatiebron voor advies en hulp het meest geraadpleegd, radioprogramma's het minst. Er is een statistisch significant verschil tussen het gebruik van tijdschriften en televisieprogramma's wat betreft de opleiding van de moeder. Moeders met een formele opleiding raadplegen tijdschriften statistisch significant vaker dan moeders zonder een formele opleiding. Hetzelfde geldt voor moeders die in Nederland zijn geboren, goed Nederlands spreken, en al lang in Nederland zijn. Alle p waarden zijn hierbij < 0.001 . Deze verschillen worden ook gevonden wat betreft de televisie en boeken als informatiebron. Behalve de bovengenoemde kenmerken geldt bij boeken ook dat moeders die meer dan 20 uur betaald werk verrichten buitenshuis boeken vaker gebruiken. Ook hier zijn alle p waarden < 0.001 .

Tabel 3.12.2 en 3.12.3 tonen welke tijdschriften en televisieprogramma's als informatiebron dienen.

Tabel 3.12.2 Soort tijdschriften als informatiebron

Soort tijdschriften	Geboorteland			Totaal
	Nederland	Turkije	Marokko	
Nederlandstalige tijdschriften	1	23	11	35
Nederlandstalige boeken		12	4	16
Kranten/tijdschriften in eigen taal		10	2	12
Boeken over opvoeding in eigen taal	1	18	2	21
Subtotaal	2	63	19	84
Totaal aantallen per geboorteland	19	305	284	608

Tabel 3.12.3 Soort televisieprogramma's als informatiebron

Soort televisieprogramma's	Geboorteland			Totaal
	Nederland	Turkije	Marokko	
Willekeurig (Nederlands en uit eigen land)	1	13	3	17
In eigen taal uit land van herkomst		58	5	63
Nederlandstalige zenders	1	8	11	20
Islamitische en Amerikaanse zenders			1	1
Subtotaal	2	79	20	101
Totaal aantallen per geboorteland	19	305	284	608

Van de respondenten die goed Nederlands spreken vraagt 51 procent advies aan hun vader of moeder over de gezondheid en opvoeding van hun kind tegenover 19 procent van de respondenten die geen Nederlands spreken. Van de respondenten die goed Nederlands spreken vraagt 29 procent over hetzelfde onderwerp advies aan hun partner tegenover 48 procent van de respondenten die geen Nederlands spreken. Hierbij moet worden aangetekend dat het uiteraard van belang is wáár de ouders wonen: in Marokko, Turkije of in Nederland. Het is makkelijker in Nederland je ouders even te bellen dan in Turkije of in Marokko.

Zo is er ook verschil tussen respondenten die in Nederland, Turkije of Marokko zijn geboren wat betreft de keuze van personen aan wie zij advies vragen over dit onderwerp. De meerderheid van respondenten geboren in Nederland, 60 procent, vraagt advies aan hun vader of moeder en 30 procent aan de partner. Van respondenten met Marokko als geboorteland vraagt 34 procent advies aan de ouders en 29 procent aan de partner. Ongeveer de helft van de respondenten die in Turkije zijn geboren vraagt advies aan de partner en 31 procent aan de ouders.

Tabel 3.12.4 toont de informatiebron van de 24 respondenten die het consultatiebureau niet bezoeken. Ook bij de niet bezoekers staan de huisarts, ouders en partners bovenaan. Maar deze groep vraagt minder vaak advies of hulp aan andere familieleden, vriendinnen, en de wijkverpleegkundige. Deze groep vraagt géén advies aan andere moeders of buren.

Tabel 3.12.4 Informatiebron voor vragen over de gezondheid en opvoeding van de kinderen

Persoon aan wie advies wordt gevraagd	N (%)
Huisarts	14 (58)
Moeder of vader	7 (29)
Man, vrouw of partner	7 (29)
Andere familieleden	4 (17)
Vriendinnen, vrienden of kennissen	2 (8)
Wijkverpleegkundige	1 (4)
Andere moeders	--
Buren	--
Imam	--

Het consultatiebureau kan gebeld worden voor advies, ook buiten de werkuren. Bij veel consultatiebureaus staat een antwoordapparaat ter beschikking voor het inspreken van een bericht om teruggebeld te worden. 70 procent van de respondenten krijgt nooit een antwoordapparaat aan de lijn, 11 procent soms en 4 procent vaak. Als men boodschappen in het antwoordapparaat heeft achtergelaten wordt 24 procent van de moeders vaak teruggebeld, 35 procent soms en 37 procent nooit. Het is de respondenten niet gevraagd of zij elke keer bij het inspreken van een boodschap met het verzoek om te worden teruggebeld, ook hun telefoonnummer en naam achterlaten.

Ongeveer een kwart van de respondenten heeft het consultatiebureau, behalve voor het maken van een afspraak, wel eens gebeld met een vraag. Van de 121 vragen hebben 66 betrekking op de gezondheidsproblemen van het kind, 31 vragen gaan over voeding of borstvoeding, 11 keer over gedrags- en emotionele problemen, 12 betreft het informatie over vaccinaties en 5 keer wordt gebeld om een afspraak te verifiëren of een afspraak te maken. Moeders die het Nederlands goed beheersen, hebben vaker uit zichzelf het consultatiebureau gebeld voor een afspraak of voor een vraag dan moeders die het Nederlands niet goed beheersen. Dit verschil is statistisch significant (Pearson chi-kwadraat = 56.5, df = 3, p <0.001). Moeders die meer dan 20 uur betaald werken buitenshuis doen dit ook vaker dan moeders die geen betaald werk hebben. Moeders met een formele opleiding bellen vaker naar het consultatiebureau dan moeders zonder een formele opleiding. Ook dit verschil is statistisch significant (Pearson chi-kwadraat = 8.188, df = 1, p = 0,004). Dit geldt ook voor moeders die langer in Nederland zijn.

18 procent van de respondenten die met een vraag of verzoek voor advies of hulp heeft gebeld vindt het gegeven antwoord echter niet bruikbaar.

De tabellen 3.12.5 en 3.12.6 tonen hoeveel respondenten het consultatiebureau bellen voor advies of hulp bij ziekte van het kind en hoeveel voor advies of hulp bij gedragsproblemen.

Tabel 3.12.5 Het consultatiebureau zelf om hulp of advies gevraagd toen kind ziek was

Kenmerken van respondenten		Advies gevraagd (in procenten)	Aantallen in de groepen
Aankomst in Nederland	Vóór 1985	25.3	178
	1985-1995	15.2	270
	1996-2002	9.0	111
Taalvaardigheid	Goed	33.3	171
	Redelijk	23.3	120
	Beetje	10.8	212
	Paar woorden	6.0	100
Aantal uren betaald werk per week buitenshuis	0 uur	16.7	467
	1 - 20 uur	25.4	59
	21 - 45 uur	27.4	73
In welk land geboren	Nederland	39.5	43
	Turkije	12.9	287
	Marokko	22.1	271
Totale populatie			601

Een op de vijf respondenten heeft ooit het consultatiebureau zelf om advies of hulp gevraagd bij ziekte van de kinderen. Driekwart van de respondenten was hierover tevreden.

Voor gedragsproblemen wordt minder vaak gebeld dan voor advies over de gezondheid. Slechts 12 procent van de respondenten zoekt daarvoor hulp of advies bij het consultatiebureau. Respondenten die het Nederlands goed beheersen vragen vaker advies wegens gedragsproblemen dan degenen die het Nederlands niet goed beheersen. Dit verschil is statistisch significant (Pearson chi-kwadraat = 25.207, df = 6, $p < 0,0001$).

Tabel 3.12.6 Het consultatiebureau zelf om hulp of advies gevraagd voor gedragsproblemen

Kenmerken van respondenten		Advies gevraagd (in procenten)	Aantallen in de groepen
Aankomst in Nederland	Vóór 1985	14.8	169
	1985-1995	9.4	266
	1996-2002	9.5	105
Taalvaardigheid	Goed	19.1	162
	Redelijk	14.5	117
	Beetje	8.6	210
	Paar woorden	6.5	93
Aantal uren betaald werk per week buitenshuis	0 uur	17.5	452
	1 - 20 uur	18.8	57
	21 - 45 uur	29.3	69
In welk land geboren	Nederland	10.9	41
	Turkije	11.4	285
	Marokko	12.4	254
Totale populatie			580

3.13 Deelname aan cursussen en groepsbijeenkomsten

Sommige consultatiebureaus organiseren groepsbijeenkomsten en/of cursussen. De meeste zijn niet specifiek op een bepaalde doelgroep, zoals allochtone vrouwen, gericht. Soms zijn er echter wel specifiek op Marokkaanse en Turkse gezinnen gerichte cursussen. 62 procent van de respondenten weet niet of het consultatiebureau groepsbijeenkomsten of cursussen organiseert. Volgens 133 of 58 procent van de 231 respondenten die wel op de hoogte zijn, worden er inderdaad cursussen of groepsbijeenkomsten georganiseerd. Van deze 133 neemt de helft deel aan een groepsbijeenkomst of cursus. Op het totaal van 608 respondenten is dit slechts 11 procent. Van degenen die nog niet deelnemen, geeft 40 procent aan dat zij eventueel wel willen meedoen. Twee derde van de respondenten wil op groepsbijeenkomsten vooral praten over gedrag, opvoeding en het spelen met kinderen.

3.14 Deelname aan programma's voor opvoedingsondersteuning

Tabel 3.14 toont de deelname aan programma's voor opvoedingsondersteuning. De programma's met het grootste bereik staan bovenaan.

Tabel 3.14 Deelname aan programma's voor opvoedingsondersteuning

Naam programma	Deelname N (%)
Opstap	69 (11)
Programma voor opvoedingsondersteuning	28 (5)
Spel aan Huis	26 (4)
Opstapje	22 (4)
Opvoedwinkel	9 (2)
Moeders Informeren Moeders	7 (1)
Home Start	--
Anders	19 (3)

Van de 24 gezinnen die niet naar het consultatiebureau gaan, worden er slechts 2 door Opstap bereikt. Van de 584 die wel naar het consultatiebureau gaan, worden er 67 gezinnen, ofwel 11 procent, door Opstap bereikt. Dezelfde patroon geldt voor het programma Opstapje. Geen enkele van de 24 gezinnen die niet naar het consultatiebureau gaan, wordt door Opstapje bereikt.

In de 69 gezinnen die Opstap bereikt, hebben 58 respondenten een formele opleiding. Opstap bereikt 11 gezinnen waarin de moeder géén formele opleiding heeft. Hetzelfde geldt voor Opstapje dat 22 gezinnen bereikt. In 19 van deze gezinnen heeft de moeder een formele opleiding, en in 3 geen formele opleiding. Het verschil in het bereik van Opstap van moeders mét en zónder formele opleiding is statistisch significant (Pearson chi-kwadraat = 15.924, df = 1, p <0.001). Ook tussen de beheersing van de Nederlandse taal en het bereik van deze twee programma's is een verband. Hoe beter men het Nederlands beheerst, hoe hoger het bereik is. Opstap en Opstapje hebben in Rotterdam het laagste bereik. In Rotterdam bereikt Opstap slechts 1,5 procent van de respondenten en Opstapje bereikt niemand.

Het bereik van Opstap onder gezinnen waar de moeder méér dan 20 uur betaald buitenshuis werkt is 6 procent tegenover 11 procent onder gezinnen waar de moeder géén betaald werk heeft. Opstap Opnieuw, een programma dat specifiek gericht is op Turkse en Marokkaanse gezinnen in achterstandswijken, bereikt geen enkele van de onderzochte gezinnen.

3.15 Determinanten van gedrag om het consultatiebureau al dan niet te bezoeken

De respondenten krijgen een aantal stellingen voorgelegd over hun houding en de sociale invloed die zij ervaren wat betreft bezoek aan het consultatiebureau. Voor de achtergrond van deze vragen wordt verwezen naar paragraaf 2.7.1. Tabel 3.15.1 geeft de vraag over de attitude van de respondenten weer vanuit het oogpunt van de "goede ouder hoort..." om al dan niet naar het consultatiebureau te gaan.

Tabel 3.15.1 Stelling: Als goede ouder hoor ik het consultatiebureau regelmatig te bezoeken

Aantallen	Percentage	
Helemaal mee oneens	66	10.9
Tamelijk mee oneens	64	10.5
Beetje mee eens	28	4.7
Tamelijk mee eens	64	10.5
Helemaal mee eens	385	63.4
Totaal	607	
Geen opgave	1	
Totaal	608	

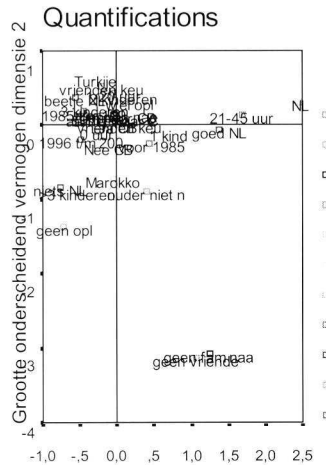
Tabel 3.15.2 geeft de relatie tussen de formele opleiding en de attitude om "als goede ouder" al dan niet het consultatiebureau te bezoeken.

Tabel 3.15.2 Attitude als goede ouder en formele opleiding

	Als goede ouder hoor ik het consultatiebureau regelmatig te bezoeken.		Totaal
	Oneens	Eens	
Opleiding van de moeder			
Geen formele opleiding	20 (17)	96 (83)	116
Wel een formele opleiding	46 (10)	430 (90)	476
Totaal	66	526	592

Figuur 4 geeft de HOMALS weer voor de gedragsdeterminanten.

Figuur 4 HOMALS gedragsdeterminanten.²⁰



Van 3 procent van de gezinnen gaat niemand van de familie naar het consultatiebureau. Ook gaat van 3 procent van de gezinnen niemand van de vrienden naar het consultatiebureau. Van 3 procent van de gezinnen keuren de vrienden bezoeken aan het consultatiebureau af.

3.16 Sociale isolatie

Om een indruk te krijgen van de sociale isolatie van bepaalde gezinnen en respondenten zijn vragen gesteld over het oppassen bij elkaar. Ook is er een combinatie gemaakt van een vraag over behoefte aan steun in verband met de gezondheid of opvoeding van de kinderen en óf en zo ja, bij wie men die steun krijgt. Indien men wel behoefte heeft aan steun, maar van niemand steun ontvangt, wordt dat als een teken beschouwd van sociale isolatie.

Tabel 3.16 toont een van de vragen over sociale isolatie. Het antwoord "nooit" wordt als een teken van sociale isolatie beschouwd.

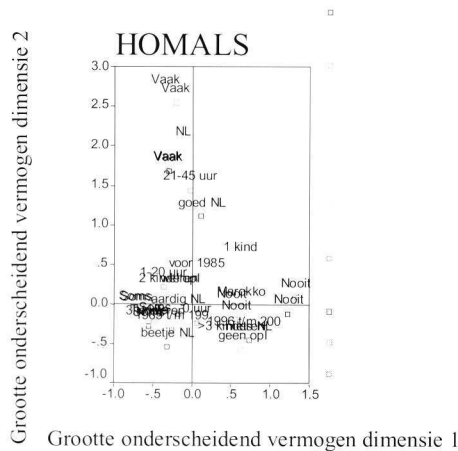
Tabel 3.16 Past er wel eens iemand bij u in de buurt bij u thuis op uw kinderen?

	Aantallen	Percentage
Vaak	37	6.1
Soms	235	38.7
Nooit	336	55.3
Totaal	608	100.0

²⁰ Voor de uitleg van de HOMALS grafiek wordt verwezen naar bladzijde 29

Figuur 5 geeft de HOMALS analyse voor het sociale- isolatieconstruct weer.

Figuur 5. HOMALS sociale isolatie construct²¹



Nooit = Nooit oppassen of spelen bij elkaar in de buurt, Vaak = Vaak oppassen of spelen bij elkaar in de buurt

Moeders die het Nederlands goed beheersen, die meer dan 20 uur betaald buitenshuis werken, en in Nederland zijn geboren, hebben veel sociale contacten (zie groepje bovenin). Maar vrouwen die in Marokko zijn geboren, geen formele opleiding hebben en recent naar Nederland zijn gekomen, meer dan drie kinderen hebben clusteren beneden waar 'nooit' wijst op het nooit bij elkaar oppassen. Deze groep vrouwen is mogelijk geïsoleerd. Met behulp van chi-kwadraat en Fisher exact toetsen is er getoetst of er significante verschillen ($p < 0,05$) zijn in sociale isolatie tussen de groep die het Nederlands goed beheerst, meer dan 20 uur werkt en in Nederland zijn geboren tegen de rest. Hieruit komt naar voren dat de groep significant vaker andere mensen op hun kinderen laat passen en de kinderen significant vaker bij anderen in de buurt laat spelen.

3.17 Resultaten focusgroepgesprekken

Toekomst in Nederland

Moeders vinden dat de toekomst van hun kinderen hier in Nederland ligt. Hierbij is een opleiding van groot belang. Een garantie voor een baan is hieraan gekoppeld. Ze willen dat hun kinderen meer bereiken dan dat zij hebben bereikt, dat hun kinderen op gelijkwaardige manier deelnemen aan de Nederlandse samenleving. Nederlandse instanties spelen hierbij een grote rol en leveren een belangrijke bijdrage aan het integratieproces.

²¹ Voor de uitleg van de HOMALS grafiek wordt verwezen naar bladzijde 29

Een islamitische opvoeding is belangrijk voor de toekomst van de kinderen. Ouders en familie spelen hierbij een belangrijke rol. Ook de moskee is zeer ondersteunend.

Gevaar

Er is angst dat de kinderen in aanraking komen met drugs. "Slechte" vrienden worden als een gevaar gezien. Op de straat is er geen controle en kan leiden tot chaos en verleiding. De kans op criminaliteit wordt hierdoor vergroot.

3.18 Afsluitend gesprek met interviewsters

De respondenten hebben veel waardering voor het onderwerp en het gesprek. De overgrote meerderheid van de moeders waarderen het gesprek en vinden het fijn in de eigen taal een gesprek te voeren over de gezondheid en opvoeding van hun kinderen. Een aantal respondenten laat zich uiterst sceptisch uit over de invloed van dit onderzoek op het beleid. Veel respondenten vragen om de resultaten. Er wordt afgesproken om alle respondenten een samenvatting te sturen.

De interviewsters zijn emotioneel geraakt door de moeilijke omstandigheden waaronder veel moeders leven en een strijd leveren in het dagelijkse bestaan. Het consultatiebureau biedt hen hierbij reële steun.

4 Procesanalyse

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van het implementatieproces van dit onderzoek onder allochtone gezinnen in achterstandswijken. Doel van deze analyse is andere onderzoekers inzicht te geven in de problemen waarmee de onderzoekers werden geconfronteerd en de oplossingen die zij daarvoor gevonden hebben.

Eerst wordt kort ingegaan op het belang van implementatie voor het preventieprogramma van ZonMw²².

Door ZonMw gefinancierde projecten dienen een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van zorg en preventie in de gezondheidszorg. Dit gaat niet vanzelf en vergt een investering in de verspreiding van kennis, vertaling van resultaten in concrete maatregelen en invoering van die maatregelen. Het implementatieproces is een planmatige manier om de resultaten, ervaringen en producten van de projecten te begeleiden naar de "werkvloer". Het hangt van het soort projectresultaat af of het hele implementatietraject kan worden afgelopen, of dat slechts een of meer stappen kunnen worden gezet binnen de invloedssfeer van het project. Van belang is dat in elk project vanaf het begin ook planmatig wordt nagedacht over het implementeren van de resultaten en dat daarbij de betrokken doelgroepen worden ingeschakeld.

Ethische verantwoording

Het onderwerp, de gezondheid en ontwikkeling van kinderen, spreekt de meeste mensen aan. Het is politiek en psychologisch geen bedreigend onderwerp en ligt minder gevoelig dan intieme onderwerpen zoals seks of religie. Interviewsters en respondenten staan positief tegenover een gesprek over dit onderwerp. De Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC) van TNO-PG acht het onderzoek niet WMO-plichtig.

Vaststellen van doelgroep en setting

In de gemeentelijke basisadministratie van de drie steden kan via het geboorteland van respondent en van haar/zijn ouders de etnische afkomst worden vastgesteld. Het geboorteland van de ouders wordt in veel registratiesystemen in Nederland niet vastgelegd zodat de tweede generatie allochtonen niet meer als zodanig worden herkend. Dit is bij medische registratie een ernstige omissie aangezien bepaalde ziekten alleen bij bepaalde etnische groepen voorkomen.

Navraag bij het Directoraat Grote Stedenbeleid (GSB) van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en bij het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) leert dat er in Nederland géén uniforme nationale criteria voorhanden zijn voor

²² Deze alinea is gebaseerd op de tekst van de Checklist Verspreidings- en Implementatieplan (VIP) van ZonMw

het vaststellen van achterstandswijken. De ambtenaar GSB van de grote gemeenten stelt zelf aan de hand van eigen criteria lijsten van achterstandswijken op. De lijst van achterstandswijken zoals opgesteld door de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft het voordeel dat wijken volgens uniforme criteria zijn ingedeeld, het nadeel van die lijst is dat het slechts een beperkt aantal steden omvat.

Een onderzoek in de 'open bevolking', dit wil zeggen een onderzoek waarin de kans op deelname voor alle gezinnen in de desbetreffende wijken hetzelfde is door de willekeurige selectie (aselecte of "at random" steekproef) heeft twee voordelen boven een onderzoek dat gebaseerd is op het registratiesysteem van het consultatiebureau. Ten eerste worden op deze manier gezinnen die nog nooit in contact zijn geweest met het consultatiebureau opgespoord. Deze gezinnen komen uiteraard in het registratiesysteem van het consultatiebureau niet voor. Ten tweede zijn de registratie systemen van consultatiebureaus vaak onvolledig (KPMG 1999). Dit zou een bias (vertekening) kunnen geven, het is immers niet bekend welke gezinnen wel en welke gezinnen niet goed worden bijgehouden. Bij allochtone gezinnen is de kans dat door communicatieproblemen de registratie niet juist is groter dan bij autochtone gezinnen.

De werkgroep van de programmacommissie van ZonMw tekent terecht bezwaar aan tegen de oorspronkelijk voorgestelde methode om respondenten te werven via de huis-aan-huismethode. Bij deze methode is de kans op een grote geografische spreiding klein en dus de kans dat de ervaring van de respondenten beperkt blijft tot slechts één of twee consultatiebureaus groot. Een toevallig slecht of juist heel goed functionerend bureau geeft bij een dergelijke werkwijze een vertekend beeld van de consultatiebureaus in de achterstandswijken. Een ander bezwaar tegen de huis-aan-huismethode is de mogelijke selectie van respondenten op grond van het toevallig al of niet thuis zijn op het moment dat de interviewster langs komt. Mede naar aanleiding van het commentaar van de werkgroep wordt besloten een aselecte steekproef (random sample) te trekken uit de GBA. Maar ook daartegen heeft de werkgroep bezwaar: zij acht de kwaliteit van de GBA adresbestanden onvoldoende. Deze reactie van de werkgroep bevreemdt de onderzoekers aangezien het gebruikelijk is om uit de adresbestanden van de GBA steekproeven te trekken uit de hele Nederlandse bevolking. Na inzicht in de kwaliteitscontrole van GBA bestanden door de Basisadministratie Persoonsgegevens en Reisdocumenten van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BPR) gaat de werkgroep akkoord met de GBA bestanden als basis voor de steekproef.

Er zijn in Nederland voor gemeenten geen uniforme richtlijnen voor het verstrekken van adresbestanden. Volgens de BPR zijn, na instemming van de desbetreffende registratiekamer of een ander daarvoor verantwoordelijk orgaan, in principe de adresgegevens gratis. Dit geldt inderdaad voor de gemeente Arnhem. Amsterdam en Rotterdam vragen voor de adresbestanden verschillende bedragen. In Amsterdam wordt boven-

dien de eis gesteld dat de onderzoekers aan de Registratiekamer persoonlijk het onderzoek komen toelichten, zie hiervoor paragraaf 2.4. Het aanleveren van de databestanden in een gebruikersvriendelijke format levert voor één gemeente ondanks de gedetailleerde steekproefinstructie problemen op. Het is belangrijk om over de exacte format, zoals ASCII of Excel, van tevoren specifieke afspraken te maken.

Selectie van de onderzoeksbureaus

Dit onderzoek is uitgevoerd door een Marokkaans (Patiënten voor Patiënten) en een Turks (erc.research) onderzoeksbureau. Deze keuze is ingegeven door het feit dat allochtone onderzoeksbureaus de onderzoekswijken goed kunnen voorbereiden door hun kennis van de formele en informele leiders en kanalen. Ook hebben zij ruime ervaring in het werven, trainen en begeleiden van allochtone interview(st)ers. Een bijkomend voordeel is dat op deze wijze allochtone bureaus meer ervaring krijgen in het doen van (wetenschappelijk) onderzoek en zo hun reputatie kunnen versterken. Voor de Nederlandse markt is het een voordeel dat specifieke kennis over 'transcultureel onderzoek' in onze veelkleurige samenleving toegankelijk wordt gemaakt en wordt ingezet voor wetenschappelijk onderzoek. Idealiter zullen in de toekomst alle onderzoeksbureaus en instellingen ook allochtone onderzoek(st)ers in dienst hebben. Door het versterken van allochtone onderzoeksbureaus wordt een divers aanbod op de markt versneld. De twee bureaus zijn erin geslaagd de wijken voor te bereiden en voldoende ervaren allochtone interviewsters te werven en te trainen, zodat het percentage weigeringen van bereikte respondenten slechts 18 procent bedraagt.

Training van de interviewsters

In Marokkaanse en Turkse gezinnen kan het interviewen van vrouwen door (vreemde) mannen, ook al zijn die afkomstig uit dezelfde bevolkingsgroep, op bezwaren stuiten. Daarom is in dit onderzoek gekozen voor vrouwelijke interviewers uit dezelfde bevolkingsgroep als de respondenten. Alleen in Amsterdam nemen twee mannelijke interviewers aan het onderzoek deel. Alle interviewsters beheersen de Nederlandse taal en tenminste één van de talen van de respondenten. Ze zijn allen Marokkaans of Turks en in de leeftijd van 20 tot en met 47 jaar, behalve twee mannelijke interviewers in Amsterdam. Aangezien de helft van de ondervraagde vrouwen het Nederlands niet of maar matig beheerst is het belangrijk dat de interviewsters de taal van de respondenten spreken.

Bij een onderzoek onder Marokkaanse en Turkse gezinnen in achterstandswijken is training van de interviewsters niet alleen vanwege de taal belangrijk. Marokkaanse en Turkse vrouwen zullen aan interviewsters afkomstig uit de eigen bevolkingsgroep eerder toegeven dat zij een vraag niet begrijpen. De communicatie met een interviewster uit de eigen groep verloopt makkelijker. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de antwoorden. Wellicht is men tegenover een Nederlandse interviewster ook terughoudend met kritiek op de Nederlandse gezondheidszorg. Hierdoor neemt de kans op

sociaal wenselijke antwoorden toe en dat brengt de betrouwbaarheid van het onderzoek in gevaar. Allochtone interviewsters moeten echter bij voorkeur niet uit dezelfde wijken geworven worden want dit brengt de anonimiteit in gevaar.

De training wordt gedeeltelijk verzorgd door bureau Veldkamp in Amsterdam, dat veel ervaring heeft met methoden om de non-respons zo laag mogelijk te houden. Ook de twee onderzoeksbureaus verzorgen hun eigen training. In Amsterdam is een additionele training noodzakelijk, omdat vlak voor dit onderzoek een ander onderzoek in dezelfde wijken wordt uitgevoerd. Dat onderzoek heeft betrekking op fraude met sociale uitkeringen. Op de vraag van de respondenten "Hoe komt u aan mijn adres?" antwoorden de interviewsters waarheidsgetrouw: "Van de gemeente". Hierop wordt meestal de deur voor hun neus gesloten. De extra training is erop gericht om ondanks een initiële weigering toch toestemming te krijgen voor het gesprek. Dit kan door nadruk te leggen op het belang van dit onderzoek voor de gezondheid van kinderen en duidelijk uit te leggen dat de gemeente weliswaar de adressen verstrekt, maar verder geheel buiten dit onderzoek staat. De anonimiteitsgarantie trekt gelukkig de meeste respondenten alsnog over de streep.

Zowel de interviewsters als de respondenten waarderen de gecomputeriseerde gesprekken. Dit in tegenstelling tot recente literatuur waarbij gebruik van de computer onder allochtonen wordt afgeraden (Houtkoop-Steenstra en Veenman 2002). De interviewsters worden ook getraind in het opslaan van de gegevens op diskette. Alle gesprekken blijven ook opgeslagen op de laptops voor eventuele controle achteraf. Alle interviewsters krijgen een schriftelijke instructie mee over het gebruik van de laptop en het advies de laptop in een plastic boodschappentas te vervoeren om een overval of diefstal te voorkomen. Overdag is de technicus van het NIPO bereikbaar voor vragen. Dankzij verfijnde tijdregistraties blijkt bij tussentijdse controle dat drie interview(st)ers niet volgens de regels werken. De door hen afgenomen interviews halen ze later in.

Tijdens de training wordt veel aandacht besteed aan de lichaamstaal van de interviewsters. Ze leren dat verbazing over of afkeuring van een gegeven antwoord door het optrekken of samentrekken van wenkbrauwen als een teken van ongeduld of onbegrip kan worden opgevat. Ook glimlachen om een antwoord en het ongeduldig heen en weer schuiven zijn valkuilen omdat deze reacties de respondenten kunnen afschrikken of beledigen.

De vragenlijst

De allochtone leden van de adviesgroep wijzen de onderzoekers erop dat in sommige Marokkaanse en Turkse gezinnen de moeder wel de dagelijkse zorg voor de kinderen heeft, maar dat het voorkomt dat een ander familielid met het kind naar het consultatiebureau gaat. Op grond hiervan wordt de vragenlijst aangepast. Besloten wordt in

die gevallen twee respondenten per gezin te interviewen: degene die de dagelijkse zorg heeft voor de kinderen én degene die met het kind naar het consultatiebureau gaat. Deze mogelijkheid is bij het opzetten van het project niet voorzien. Alleen door de deelname van allochtone deskundigen met kennis van de culturele achtergrond van Marokkaanse en Turkse gezinnen is deze mogelijkheid tijdig geïdentificeerd, zodat de vragenlijst kon worden aangepast.

Het gebruik van een "gestuurde" vragenlijst op een laptop heeft vele voordelen. De interviewer wordt op grond van de gegeven antwoorden snel door de lijst geloodst. Ze hoeft niet na een verwijzing naar een andere vraag in de (papieren) lijst te zoeken en te bladeren. Het gesprek verloopt dus veel soepeler en zonder storingen. Een tweede voordeel is dat het sympathiek overkomt dat de computer een gegeven antwoord "onthoudt" en dat antwoord weer gebruikt bij de volgende vragen. Zo klinkt de vraag "Is Fatima ooit in een ziekenhuis opgenomen?" persoonlijker en vriendelijker dan "Is uw dochter van 3 jaar ooit in een ziekenhuis opgenomen?" Deze persoonlijke vragen, die afgestemd zijn op het gezin in kwestie, dragen bij aan een vertrouwelijke, informele sfeer. Een derde voordeel is dat fraude met een laptop veel moeilijker is dan met een papieren vragenlijst. De computer noteert precies zowel de tijdsduur van elk gesprek als van de tijd tussen de gesprekken. Tenslotte kunnen de gegevens onmiddellijk na de interviews worden geanalyseerd omdat ze al ingevoerd zijn. Ook tussen-tijdse analyses zijn eenvoudig uit te voeren.

Structurele inbedding van de aanbevelingen

De kans op implementatie wordt verhoogd indien een onderzoek antwoord geeft op een actuele vraag van beleidsmakers, uitvoerders of van andere groeperingen. Dit onderzoek is mede opgezet naar aanleiding van een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Minister van VWS verzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg om een onderzoek in te stellen naar de kwaliteit en beschikbaarheid van de ouder- en kindzorg. Reden voor dat verzoek waren signalen uit het veld die er op wezen dat de duur en frequentie van de contacten met en de toegankelijkheid van de ouder- en kindzorg (OKZ) verminderden en dat ouders bij (niet) meer verschijnen op het consultatiebureau sneller werden uitgeschreven. Hierdoor zou het bereik van vooral kwetsbare groepen gedaald zijn (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999). In mei 1999 constateert KPMG dat het niet-bereik onder Marokkaanse en Turkse moeders laag is, maar dat het vooral voorkomt onder 'nieuwkomers': 'ingehuwde' jonge moeders. In de wetenschappelijke literatuur verschenen berichten dat het bereik van preventieve activiteiten onder allochtone groeperingen lager zou zijn dan bij autochtonen (Verveen-Keulemans 1980, Hirasing RA et al. 1995). Dit onderzoek heeft als doelstelling het bereik van de ouder- en kindzorg in achterstandswijken van Amsterdam, Arnhem en Rotterdam onder Marokkaanse en Turkse gezinnen in kaart te brengen, de mening van deze gezinnen over de kwaliteit van de dienstverlening te

peilen en aanbevelingen te doen voor verbeteringen. Dit onderzoek gaat hiermee in op een vraag van beleidsmakers.

Vertegenwoordigers van de desbetreffende GGD'en, de thuiszorgorganisaties uit de betrokken steden en de koepelorganisaties hebben zitting in de begeleidingscommissie. Het betreft GGD Nederland, het Landelijk Centrum voor Ouder en Kindzorg (LCOKZ), de Landelijke Vereniging voor Wijkverpleegkundigen, GG & GD Amsterdam, GGD Rotterdam, Thuiszorg Midden Gelderland en Thuiszorg Rotterdam. Tevens is Ruud Burgmeijer, deskundige op het gebied van de ouder- en kindzorg, lid van deze commissie. Van meet af aan wordt de leden van de begeleidingscommissie gevraagd mee te denken over hoe de aanbevelingen structureel kunnen worden ingebed. Dit onderzoek geeft een impuls aan het ZonMw project "Samen Starten" dat de psychosociale ondersteuning op consultatiebureaus voor gezinnen met jonge kinderen wil versterken. In "Samen Starten" (www.samenstarten.nl) werken de gemeenten, GGD-en, thuiszorginstellingen en maatschappelijk werk in Amsterdam, Breda, Rheden en Maastricht samen met TNO-PG.

5 Conclusies

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag in hoeverre Marokkaanse en Turkse gezinnen uit achterstandswijken van Amsterdam, Arnhem en Rotterdam het consultatiebureau (CB) bezoeken (toegankelijkheid) en wat hun oordeel is over de dienstverlening (kwaliteit). Kwaliteit wordt geoperationaliseerd als: oordeel over de dienstverlening, de bereikbaarheid van het consultatiebureau en de bejegening.

Respons

608 Marokkaanse en Turkse respondenten (588 moeders, 13 vaders en 7 andere gezinsleden) zijn in hun eigen taal geïnterviewd aan de hand van een gecomputeriseerde vragenlijst. De interviewsters hebben dezelfde etnische achtergrond als de respondenten en zijn afkomstig van twee allochtone onderzoeksbureaus. De respons van de oorspronkelijk 883 voor dit onderzoek geselecteerde gezinnen bedraagt 69 procent. Het afnemen van de interviews met een gecomputeriseerde vragenlijst wordt zowel door de interviewsters als door de respondenten gewaardeerd en verloopt zonder problemen. Een klein na-onderzoek onder non-responders wijst ook op een hoog bereik en op grote tevredenheid, maar de aantallen in het na-onderzoek zijn te klein om definitieve uitspraken te kunnen doen over de groep non-responders.

De onderzoeksgroep

Eén van de selectiecriteria voor de doelgroep, de aanwezigheid van tenminste één kind onder de 5 jaar, verklaart de lage gemiddelde leeftijd van de respondenten: 30,7 jaar. Een opvallend verschil met de algemene Nederlandse bevolking is de lage gemiddelde leeftijd van de moeder bij het krijgen van haar eerste kind: 24,2 tegenover 29,0 jaar (CBS 2002). Ook is het gemiddelde aantal kinderen per vrouw in de onderzoekspopulatie hoger dan het gemiddelde aantal voor vrouwen in de Nederlandse populatie 2,6 tegen 1,4 kind. Het gemiddelde aantal kinderen in de onderzoeksgroep ligt wel lager dan wat Turkse en Marokkaanse vrouwen gemiddeld in Nederland krijgen: respectievelijk 2,7 en 3,3 kind.

Bereik

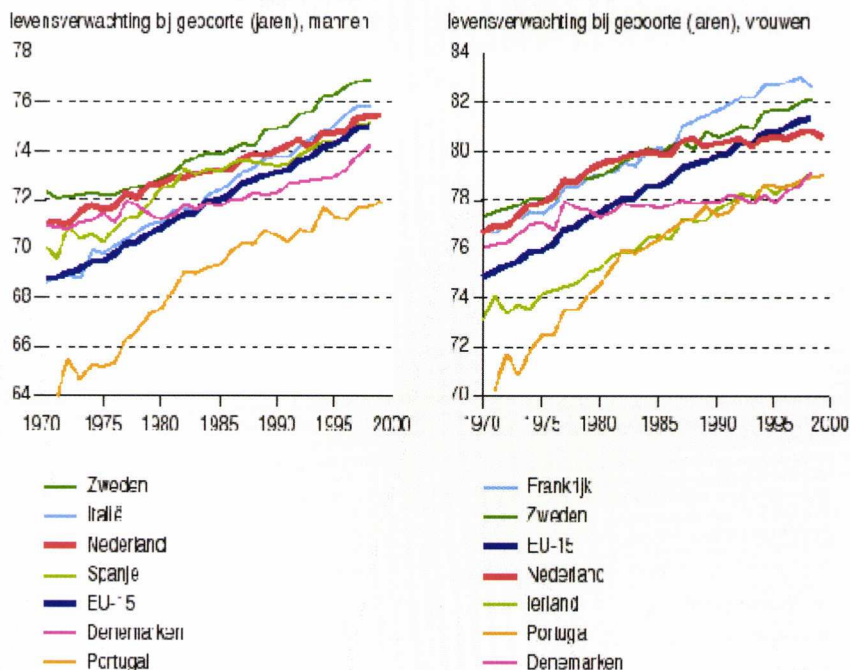
Consultatiebureaus worden bijzonder goed bezocht: 96,1 procent van de gezinnen gaat erheen. 85 procent van de kinderen van 1 tot en met 4 jaar heeft 10 of meer bezoeken aan het consultatiebureau gebracht. Deze cijfers weerspiegelen de grote inzet en zorg van verpleegkundigen, jeugdartsen en andere personeelsleden van consultatiebureaus. Verder tonen deze cijfers de eigen verantwoordelijkheid en zorg die Marokkaanse en Turkse ouders tonen ten aanzien van de gezondheid en opvoeding van hun kinderen. Dit hoge bereik wijst ook op maximale participatie van Turkse en Marokkaanse gezinnen aan de Nederlandse preventieve JGZ en maakt een wederzijdse ontmoeting en confrontatie tussen niet-westerse allochtone gezinnen en het

Nederlands systeem van JGZ mogelijk. Deze drie aspecten (participatie, eigen verantwoordelijkheid en wederzijdse ontmoeting en confrontatie) zijn nu precies de kernelementen uit het rapport "Nederland als immigratiesamenleving" van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) om spanningen tussen immigratie, integratie en sociale rechtsstaat effectief aan te pakken (WRR 2002).

In het rapport van de WRR ontbreekt echter bij de beschrijving van de sociale rechtstaat een belangrijk beginsel: het overheidsbeleid om sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen. Een afstemming van het beleid ten aanzien van de integrale jeugd-(gezondheids)zorg door de verschillende departementen en door een intensivering van de samenwerking tussen ministeries zal een bijdrage kunnen leveren aan het verkleinen van sociaal economische gezondheidsverschillen. Moge dit rapport daartoe bijdragen.

Specifieke aandacht voor de gezondheid van groepen in achterstandssituaties zal mogelijk niet alleen de sociaal-economische gezondheidsverschillen verminderen, maar kan er ook aan bijdragen dat Nederland weer "op peil komt" wat betreft de gezondheid van haar bevolking in vergelijking met andere Europese landen (Van Oers RIVM 2002). Een hoog bereik van effectieve preventieve interventies onder mensen die in achterstandssituaties leven is essentieel wil Nederland in vergelijking met andere Europese landen niet verder wegzakken, zie figuur 6.

Figuur 6. Trends in levensverwachting van mannen en vrouwen in enkele EU landen in de periode 1970-2000



Trends in levensverwachting van mannen en vrouwen in enkele EU landen in de periode 1970-2000. Naast Nederland en het EU gemiddelde zijn de meest gunstige en ongunstige landen afgebeeld. (Bron: Van Oers JAM: Gezondheid op Koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002/red. RIVM 2002 Bilthoven)

Het bereik van consultatiebureaus is sinds het eind van de jaren tachtig hoog en blijft ook hoog. Wel is er een verschuiving ontstaan in de zorgvraag. In 1985 betrof de zorg van Marokkaanse en Turkse ouders voornamelijk de lichamelijke gezondheid van hun kinderen (Gelauff-Hanzon 1985). Nu stellen zij in toenemende mate vragen over gedrag en opvoeding. Deze verschuiving loopt parallel met de veranderingen in ziektebelasting in onze maatschappij. Angststoornissen en depressie staan nu naast hart- en vaatziekten en kanker bij de eerste vier wat betreft verloren gezonde levensjaren (Van Oers RIVM 2002). Door vroegtijdige onderkenning van psychosociale problemen en gerichte steun aan ouders kunnen ernstige problemen, waaronder kindermishandeling en criminaliteit, worden voorkomen (Olds 1998, Caspi 2000). Het is daarom zo verheugend dat Marokkaanse en Turkse ouders nu zelf deze problemen (h)erkennen, benoemen en om advies vragen.

Er zijn géén statistisch significante verschillen tussen moeders die wel en die niet het consultatiebureau bezoeken wat betreft opleiding, het aantal uren werk buitenshuis, beheersing van het Nederlands en het netto inkomen van het huishouden. Ook zijn er geen verschillen wat betreft de inschatting van de gezondheid van hun kind. Gezinnen met vier of meer kinderen gaan minder vaak naar het consultatiebureau dan gezinnen met minder kinderen. Dit verschil is statistisch significant.

Het groeiboekje en de babyboekjes verheugen zich in een grote belangstelling. 98 procent van de gezinnen heeft het groeiboekje en/of een babyboekje en 94 procent heeft een inentingskaart. De waardering voor het groeiboekje is hoog: 92,4 procent van de respondenten vinden het groeiboekje (zeer) nuttig en 87 procent leest of zoekt vaak of soms wel iets op in het groeiboekje.

Slechts 19 procent van de gezinnen is, het huisbezoek voor de hielprik vlak na de geboorte niet meegerekend, thuis door personeel van het consultatiebureau bezocht. 15 procent is zelfs vlak na de geboorte van het kind thuis niet bezocht. Dit zijn verontvullende cijfers voor gezinnen in achterstandswijken. Voor 93 procent van de gezinnen is het consultatiebureau goed bereikbaar en voor 86 procent zijn de openingstijden geschikt.

Dienstverlening

Het oordeel over de dienstverlening is uitermate positief: 94,7 procent is tevreden tot zeer tevreden. Niet iedereen echter is even tevreden. Moeders die in Nederland zijn geboren, goed Nederlands spreken, meer dan 20 uur betaald werk buitenshuis verrichten en een formele opleiding hebben zijn minder tevreden dan de tweede groep moeders, die het Nederlands minder goed beheersen, weinig of geen formele opleiding hebben, geen betaald werk verrichten buitenshuis en in Turkije of Marokko zijn geboren. De eerste groep belt vaker naar het consultatiebureau dan de tweede groep en heeft veel vragen over gedrag en opvoeding. De moeders in de eerste groep voldoen aan het beeld van de "zelfstandige, mondige cliënt". De tweede groep vrouwen onderneemt zelf weinig actie buiten de routine van het consultatiebureau om en heeft vooral vragen over de gezondheid van hun kinderen. Er is ook nog een derde groep vrouwen. De derde groep betreft vrouwen die recent naar Nederland is gekomen. Zij verstaan of spreken geen Nederlands en hebben, ook binnen de eigen groep, (nog) weinig aansluiting. Ze stellen op het consultatiebureau geen vragen en volgen trouw de routine.

In het tot nu toe gepubliceerd onderzoek onder etnische minderheden worden allochtone groepen, zoals 'Turkse moeders', als een homogene groep beschouwd en niet onderverdeeld op grond van de hierboven genoemde kenmerken. Dit geldt zowel voor Nederlandse als voor internationale publicaties (Kviz et al. 1985, Flores et al.

1999, KPMG 1999, Stronks et al, 2001, Mackenbach 2002). Zo bleef het verschil in hulpzoekgedrag tussen vrouwen met een goede en minder goede beheersing van de Nederlandse taal verborgen.

Het verschil tussen de groepen moeders geldt ook voor hun houding en vermeende sociale invloed vanuit hun omgeving wat betreft het bezoek aan het consultatiebureau. De overgrote meerderheid van de eerste groep meent dat zij als "goede ouder" het consultatiebureau moeten bezoeken. Hun familie en vrienden gaan zelf ook naar het consultatiebureau en zij worden door deze ook aangespoord om te gaan. Van de tweede en derde groep meent een veel kleiner percentage dat zij "als goede ouder" naar het consultatiebureau moeten bezoeken. Hun familie en vrienden sporen hen minder aan. De verschillen tussen de groepen wat betreft deze gedragsdeterminanten zijn statistisch significant. Moeders uit de tweede groep denken vaker dat het consultatiebureau verplicht is. Dit zou mede het hoge bezoekpercentage van deze moeders kunnen verklaren. De meeste moeders zijn over de bejegening op het consultatiebureau tevreden.

Bereikbaarheid

Consultatiebureaus zijn goed bereikbaar. De overgrote meerderheid van de respondenten is ook tevreden over de openings- en wachttijden, zowel over de wachttijd voor het maken van een afspraak als over de wachttijd op het consultatiebureau zelf. Moeders die goed Nederlands spreken, een hoge opleiding hebben en in Nederland zijn geboren, staan kritischer tegenover zowel het nut van de activiteiten als tegenover de wachttijden. Ook zijn ze kritischer in hun oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening. Deze verschillen met moeders die het Nederlands niet zo goed beheersen, weinig formele opleiding hebben en niet in Nederland zijn geboren, zijn statistisch significant.

Bejegening

De verschillen tussen respondenten qua opleiding, beheersing van het Nederlands en geboorteland zijn ook aanwezig voor wat betreft de ervaren bejegening. Vrouwen met een formele opleiding, die goed Nederlands spreken en in Nederland zijn geboren, geven vaker aan dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met hun cultuur. Het is echter opvallend dat het voor 70 procent van de respondenten niet uitmaakt door wie zij geholpen worden: een Nederlander of iemand uit hun eigen cultuur. Vijf procent geeft de voorkeur aan een Nederlander en een kwart van de moeders geeft de voorkeur aan iemand uit de eigen cultuur. Bij het doorvragen naar de reden waarom de respondenten liever door iemand uit de eigen cultuur worden geholpen, blijkt de taal verreweg het meest te worden genoemd, gevolgd door meer begrip voor de eigen gewoonten. Het meer serieus genomen worden en het met meer respect worden behandeld, worden slechts door 1 respectievelijk 2 procent van het totale aantal respondenten als argument genoemd. Dit versterkt het beeld van de hoge kwaliteit

van de dienstverlening en van de goede bejegening. Verder valt op dat van de respondenten die een voorkeur hebben om door iemand uit de eigen cultuur te worden geholpen, slechts 12 procent meent dat die persoon beter luistert en slechts 9 procent meent dat die persoon met meer belangstelling vraagt hoe het thuis gaat.

Gezondheid kind

18 procent van de Marokkaanse en Turkse ouders beoordeelt de gezondheid van hun kind als "matig" of "slecht" tegenover 7 procent van de ouders uit de algemene bevolking. Ook meent een groter percentage ouders van Marokkaanse en Turkse afkomst dat de ziekte hun kind meer pijn of ongemak heeft veroorzaakt in de laatste drie maanden dan ouders van de RAND controle groep. Deze verschillen tussen de onderzoeksgroep en de RAND controle groep zijn statistisch significant. Marokkaanse en Turkse kinderen worden echter niet vaker in het ziekenhuis opgenomen dan kinderen uit de algemene bevolking. Ook bezoeken kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 4 jaar uit de onderzoeksgroep de huisarts niet vaker dan kinderen uit de algemene bevolking. Astma, allergie en bronchitis worden als gezondheidsproblemen het meest genoemd.

Kenmerken van de respondenten

7 procent van de respondenten is in Nederland geboren en behoort tot de tweede generatie. Tweederde woont tien jaar of langer in Nederland en 10 procent korter dan vijf jaar. Het opleidingspeil ligt veel lager dan in de algemene Nederlandse bevolking. Een vijfde deel van de respondenten heeft géén lagere school. Ook het netto maandinkomen en het gemiddeld aantal kamers ligt lager in vergelijking met de algemene bevolking. Dit is te verwachten omdat het hier gezinnen uit achterstandswijken betreft. Ongeveer de helft begrijpt en spreekt (redelijk) Nederlands. Hoe langer de respondenten in Nederland verblijven, des te beter spreken ze de taal.

Ongeveer 80 procent van de moeders verricht géén betaald werk buitenshuis. 12 procent werkt méér dan 20 uur per week betaald buitenshuis tegenover 45 procent van de Nederlandse vrouwen. Van de in Nederland geboren moeders verricht 38 procent meer dan 20 uur betaald werk buitenshuis. Dit percentage ligt een stuk dichterbij de 45 procent die geldt voor vrouwen uit de Nederlandse bevolking. Voor de moeders die in Marokko en Turkije zijn geboren, is dit percentage respectievelijk 13 en 8 procent. Slechts 3 procent van de groep die na 1995 naar Nederland is gekomen en 1 procent van de groep zonder formele opleiding werken meer dan 20 uur betaald buitenshuis. Vijf procent van de respondenten besteedt wekelijks 8 uur of meer aan studie en 3 procent verricht meer dan 4 uur per week vrijwilligerswerk. Het percentage vrouwen dat meer dan 8 uur per week aan mantelzorg besteedt, dat wil zeggen tijd voor het verzorgen van ouders of zieke familieleden, ligt onder 5 procent. Vaak wordt aangenomen dat niet-westerse allochtone vrouwen meer mantelzorgtaken verrichten dan uit dit onderzoek naar voren komt.

Van de huishoudens heeft 47 procent een computer en 20 procent een internet aansluiting. Ter vergelijking: van de totale bevolking heeft 76 procent van de huishoudens een computer en 60 procent een internetaansluiting.

Bereik programma's opvoedingsondersteuning

Programma's voor opvoedingsondersteuning bereiken de gezinnen nauwelijks. Vaak ligt het bereik onder 5 procent en geen enkel programma heeft een bereik dat hoger is dan 11 procent. Bovendien bereiken deze programma's bijna uitsluitend de moeders die het Nederlands beheersen. Dit is inderdaad de groep die gedragsproblemen benoemt en daarvoor hulp zoekt, maar de groep moeders die nauwelijks Nederlands spreekt heeft juist extra aandacht en ondersteuning nodig, ook voor de opvoeding. Programma's voor opvoedingsondersteuning bereiken alleen de gezinnen die naar het consultatiebureau gaan. Gezinnen die niet gaan en dus al één vorm van dienstverlening missen, worden door deze programma's niet bereikt. Dit geldt ook voor gezinnen waar de moeder meer dan 20 uur betaald werk buitenshuis verricht. Het lage bereik van deze programma's is opmerkelijk, omdat ze juist bedoeld zijn voor ouders in achterstandswijken.

Hulpzoekgedrag

In de totale onderzoeksgroep is het percentage moeders dat voor gedragsproblemen zelf telefonisch of via bezoek contact zocht met het consultatiebureau 12 procent. Als de taalbeheersing als een variabele in de analyse wordt opgenomen, blijkt 18 procent van de moeders die het Nederlands goed beheersen voor gedragsproblemen zelf telefonisch contact op te nemen tegen 5 procent van de moeders die het Nederlands niet machtig zijn. Dit verschil is statistisch significant.

Uit het onderzoek van Paulussen et al. blijkt dat objectieve voorlichting over de voor- en nadelen van vaccinaties essentieel is om ouders in staat te stellen een bewuste en weloverwogen keuze te kunnen maken voor vaccinatie. Het wegwuiven van bezwaren en vragen, het overtuigen van kritische ouders door alleen de voordelen van vaccinaties te noemen, werkt op den duur averechts. Dit geldt blijkbaar voor alle groepen ouders, óók voor Marokkaanse en Turkse (Paulussen 2000).

Eenvijfde van de ouders heeft nooit voorlichting ontvangen over ongevallen en ongelukken, terwijl Marokkaanse en Turkse kinderen vaker bij een ongeval of ongeluk betrokken zijn dan kinderen van Nederlandse afkomst (Van Wersch 1997). Ook heeft eenvijfde van de ouders nooit voorlichting ontvangen over reizen naar Marokko of Turkije. Terwijl het toch bekend is dat Marokkaanse en Turkse kinderen soms ernstig ziek worden en zelfs overlijden tijdens de tocht naar de herkomstlanden. Tenslotte is volgens de ouders van 9 procent van de kinderen nooit onderzocht of het goed ziet of hoort.

Opvallend is dat van de ouders die graag geschreven informatie in de eigen taal ontvangen maar 18 procent regelmatig en 40 procent een enkele keer geschreven informatie in de eigen taal krijgt. Terwijl van de ouders die géén prijs stellen op geschreven informatie in de eigen taal toch 15 procent regelmatig en 24 procent een enkele keer geschreven informatie in de eigen taal ontvangt.

Implementatie

Vertegenwoordigers van de koepelorganisaties Landelijke Vereniging voor de Thuiszorg, GGD Nederland, Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen rapporteren de aanbevelingen aan hun organisaties om een draagvlak te creëren voor het implementeren van de aanbevelingen. Dit rapport wordt ook aan de leden van de vaste kamercommissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van de Tweede Kamer gestuurd. Het Ministerie van VWS zal ook van de aanbevelingen op de hoogte worden gebracht. Dit project heeft al bijgedragen aan het programma "Samen Starten" waarin zorgcoördinatie en training van instellingen om gezinnen met kinderen van 0 tot 3 jaar te ondersteunen centraal staan.

6 Aanbevelingen

Marokkaanse en Turkse ouders stellen in toenemende mate vragen over gedrag en opvoeding van hun kinderen. Door het hoge bereik en de lage drempel van het consultatiebureau is het een zeer geschikte plaats om de opvoedingskracht van ouders door gerichte adviezen en interventies te versterken.

Kernbegrippen voor een nieuwe koers zijn differentiatie in benadering, dus klantgericht werken, en een structurele aanpak van psychosociale problemen. Voor klantgericht werken zijn de verblijfsduur, de verblijfsduur, het geboorteland, de beheersing van het Nederlands en het aantal uren betaald werk buitenshuis essentiële factoren die mede het aanbod en aanpak op het consultatiebureau moeten sturen. Het tweede kernbegrip is een structurele aanpak van psychosociale problemen. Dit kan door het ontwikkelen van een pedagogisch netwerk en het instellen van een zorgcoördinator (casemanager). Training van consultatiebureau personeel in gespreksvoering, waarbij de reële problemen van het gezin centraal staan, samenwerking met andere instanties uit de wijk om het gezin te steunen en verhoging van de competentie en zelfvertrouwen van de ouders, zijn hierbij de kernactiviteiten. Zorgcoördinatie en effectief gebleken interventies, zoals video home training, schuldsanering en toeleiding naar werk, moeten structureel worden ingebed in de JGZ in overleg met gemeenten en andere instellingen in de wijk.

Voor de groep geïsoleerde vrouwen moet een structurele interventie ontwikkeld worden. Dit kan bestaan uit intensief huisbezoek, groepsvoorlichting, informatie in de eigen taal en video films in de wachtkamer. Overleg tussen verloskundigen, huisartsen en medewerkers van consultatiebureaus moet al tijdens de zwangerschap beginnen. Na de geboorte zal een programma met intensief huisbezoek de groep nieuwkomers een steun in de rug bieden. Deze aanpak past in het maatwerkdeel van het basistakenpakket JGZ. Er moet bovendien meer aandacht komen voor jonge gezinnen met een eerste kind omdat zij de traditionele steun van ouders, grootouders, neven en nichten, tantes en ooms in Nederland vaak moeten missen.

Indien de opleiding en kennis van het Nederlands van Marokkaanse en Turkse partners die door gezinsvorming naar Nederland komen sterk achterblijft bij die van hun partner, is de kans reëel dat zij geïsoleerd raken. Dit zal zeker in het begin het geval zijn. Basale kennis van het Nederlands is een voordeel als men in Nederland aankomt. Om een tweedeling in de maatschappij te voorkomen moeten de centrale overheid en lokale overheden tijdens de inburgeringstrajecten hieraan meer aandacht besteden. Duale inburgeringstrajecten, zoals de combinatie opvoedingsondersteuning en het leren van de Nederlandse taal, moeten op meer plaatsen worden ontwikkeld en ingezet (Klunder 2003). De JGZ van 0 tot en met 4 jaar kan hieraan een belangrijke bijdrage

leveren door intensieve programma's te ontwerpen die vrouwen zonder een groot sociaal netwerk ondersteunen en zo goed mogelijk informeren over de JGZ.

Verder wordt aanbevolen om bewezen effectieve interventies ook internationaal onder de loep te nemen, zoals het intensieve huisbezoek programma van David Olds in Elmira in de Verenigde Staten. Zorgvuldige aanpassing van deze programma's aan de Nederlandse situatie, en het bijstellen van de activiteiten gedurende de eerste jaren is efficiënt. Het toepassen van deze interventies vereist eveneens additionele (post-graduate) training. Overleg tussen gemeenten, die al dit soort programma's ontwikkelen en toepassen, zoals de dienst Welzijn in Amsterdam Noord, het Oké project in Leiden en omstreken, en Samen Starten in Breda, Maastricht en Rheden is nodig om snel van elkaar te leren.

Aanbevolen wordt de nu al succesvolle duale inburgeringstrajecten, waar naast het leren van het Nederlands ook opvoedingsondersteuning een thema is, uit te breiden met gezondheid als vijfde thema. Er moet meer aandacht komen voor de (gezondheid) van de moeder en gezinnen met een eerste kind. Assertiviteitstraining voor oudere Marokkaanse en Turkse vrouwen, zoals door Mimoza in Amsterdam, stimuleert de communicatie tussen hulpverleners en niet-westerse cliënten. Een helpdesk (of en website) voor advies over gezondheid en opvoedingsondersteuning wordt door een aantal moeders genoemd.

Organisaties voor thuiszorg, GGD-en, en gemeenten zullen systematisch moeten streven naar het aanstellen van niet-westerse allochtonen. Dit vereist onorthodoxe methoden van werving, training en begeleiding (PaceMaker 2000). Thuiszorginstellingen en gemeentelijke diensten die veel klanten hebben in achterstandswijken, moeten een hogere vergoeding krijgen, naar het voorbeeld van de gedifferentieerde betaling van huisartsen in achterstandswijken.

Dankzij epidemiologisch onderzoek weten wij dat zuigelingensterfte, perinatale sterfte bij niet-westerse allochtonen hoger is dan bij kinderen van Nederlandse origine (CBS 2002). Er is echter weinig inzicht in de gezondheidstoestand van autochtone Nederlandse kinderen in achterstandswijken. De laatste jaren zijn de aandacht en de extra programma's in achterstandswijken vooral gericht geweest op allochtonen, terwijl ook autochtone gezinnen in achterstandssituaties problemen hebben. Verklarend onderzoek naar gezondheidsverschillen van gezinnen in achterstandssituaties met aandacht voor reële (on)mogelijkheden, moet zowel allochtone als autochtone gezinnen betreffen en dat geldt ook voor de interventies.

Literatuurlijst

ALDERS MPC, GARSSSEN MJ. Recente demografische ontwikkelingen. In: Allochtonen in Nederland 2002. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002.

AMENT P, LAUTENBACH H. Kwart minder koopkracht in niet-westerse huishoudens. In: Allochtonen in Nederland 2002. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002. Voorburg/Heerlen.

BELHAJ K. Gezegend met een gezonde toekomst. Onderzoek onder allochtone bezoekers van ouder- en kindzorg. Afstudeerscriptie HBO-V Amsterdam, 1997.

BERG-ELDERING van den. Opvoeden in verandering. Ned Tijdschr Opvoeding, Vorming en Onderwijs 1988; 4 (2): 54-67.

BOUHALHOUL R, JONG M de. Vechten tegen de witte wind: een speurtocht naar het dagelijks leven van vier Marokkaanse families in het Oude Noorden in Rotterdam. Gemeente Rotterdam, november 2000.

BOUHALHOUL R, ZWAARD J van der. Een kwestie van vertrouwen: gespreksgroepen met Marokkaanse ouders. SBW Rijnmond. 1997.

BURGMEIJER RJF, RIJCKEN JAMW. Verboden Toegang? Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de ouder- en kindzorg in 1998. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999.

BUSEY S, SCHUM TR, MEURER JR. Parental perceptions of well-child care visits in an inner-city clinic. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156: 62-6.

CASPI A. The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. J Personality Social Psychol 2000;78(1)158-172.

CBS Centraal Bureau voor de Statistiek (2002): www.cbs.nl Statline

CBS Centraal Bureau voor de Statistiek (2002): Allochtonen 2002. Heerlen/Voorburg

DALSTRA JA, KUNST AE, GEURTS JJ, FRENKEN FJ, MACKENBACH JP.

Trends in socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981-1999. J Epidemiol Community Health 2002;56(12): 927-34.

DOGAN G, DIJKE A van, TERPSTRA, L. Wie zijn er 'moeilijk bereikbaar'? Aanknopingspunten voor ondersteuning en begeleiding van 'moeilijke bereikbare' gezinnen en jongeren. Utrecht: NIZW, 2000.

DUFF LA, LAMPING DL, AHMED LB. Evaluating satisfaction with maternity care in women from minority ethnic communities: development and validation of a Sylheti questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2001;13(3): 215-30.

DUIN C van. Hogere zuigelingensterfte onder niet-westerse allochtonen. In: *Allochtonen in Nederland 2002*. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002.

FISHBEIN M, AJZEN I: Instructions for the construction of questionnaires. 2000. Workshop University Utrecht.

FLORES G, BAUCHNER H, FEINDTEIEN AR, NGUYEN USDT : The impact of ethnicity, family income, and parental education on children's health and use of health services. *Am J Public Health* 1999; 89 (7): 1066-71

GARSSEN MJ. Ruimtelijke concentratie en spreiding. In: *Allochtonen in Nederland 2002*. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002.

GEENHUIZEN YM van, BURGMEIJER RFJ, FILEDT-KOK-WEIMAR T, JAGER AM de. Op weg naar volwassenheid: evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996. Maarssen: KPMG; Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1997.

GELAUFF-HANZON CW. Hulp zoeken: een onderzoek naar het hulpzoekgedrag van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse ouders ten behoeve van hun 0 t/m 12 jarige kinderen. Den Haag: Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1985.

GEST KL, MARTGOLIS P, BORDLEY WC, STUART J. Measuring the process of preventive service delivery in primary care practices for children. *Pediatrics* 2000;106 (4): 879-85.

GODIN G, KOK G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Promot* 1996;11 (2): 87-98.

GRUNDEMANN RWM, HOOLBOOM. Turkse en Marokkaanse zuigelingen en kleuters in de Jeugdgezondheidszorg. Verslag van een vooronderzoek. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO, 1982.

GUNNING-SCHEPERS LJ. Kleuterbureaus voor multiculturele groepen. *Tijdschr Soc Geneesk* 1981;59: 13.

HARMSSEN CN, STEENHOF L. Gehuwde allochtonen en hun partner. In: *Allochtonen in Nederland 2002*. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002.

HAYS RD *et al.* Psychometric properties of the CAHPS 1.0 Survey measures. *Medical Care* 1999;37:22-31.

HIRASING RA, VERRIPS GH, BURGMEIJER RJF, VERLOVE-VANHORICK SP: Onvoldoende deelname aan preventieprogramma's voor zuigelingen door Turkse, Marokkaanse, Chinese en Vietnamese ouders in de grote steden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139: 2726 - 2730.

HOUTKOOP-STEENSTRA H, VEENMAN J. red. Interviewen in de multiculturele samenleving: problemen en oplossingen. Assen: van Gorcum, 2002.

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. Toegang vrij? Onderzoek naar de mogelijke gevolgen van de toegangsbijdrage op de toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen. Den Haag: IGZ, 1997.

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. Toegang verboden? Onderzoek naar kwaliteit en beschikbaarheid van de ouder- en kindzorg. Den Haag: IGZ, 1999.

KEULEN A van, MEIJS J. Marokkaanse en Turkse kinderen en de Nederlandse gezondheidszorg 0 - 4 jaar. Bunnik: Landelijke vereniging voor Thuiszorg; Utrecht: Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, 1992.

KLUNDER, JM. Persoonlijke mededeling, 2003.

KOOIJMAN K, LEERDAM FJM, ÖRY F: JGZ op weg naar consensus over aanpak kindermishandeling: onderzoek naar mogelijkheden voor een standaard in de jeugdgezondheidszorg. *Tijdschr Kindermishandeling* 2002, 2: 3-9.

KORT C de. Rapportage panelonderzoeken allochtone gebruikers consultatiebureaus JGZ. Intern rapport. Utrecht: Thuiszorg Stad Utrecht, 1999.

KPMG: Het feitelijk gebruik van de JGZ voor 0-4 jarigen. Den Haag 27 mei 1999.

KUIPER CM, SCHLESINGER-WAS EA, VAANDRAGER GJ. Preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten. Een onderzoek naar de deelname aan de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) in Den Haag. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1985;63: 365-9.

KUIPER CM, SCHLESINGER-WAS EA, VAANDRAGER GJ. Preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten: een onderzoek naar de deelname aan de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) in Den Haag. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg -TNO Lieden, 1985.

KVIZ FJ, DAWKINS CE, ERVIN NE. Mothers' health beliefs and use of well-baby services among a high-risk population. *Research in Nursing and Health* 1985;8: 381-7.

LAND H van 't. Similar questions: different meanings : differences in the meaning of constructs for Dutch and Moroccan respondents: effects of the ethnicity of the interviewer and language of the interview among first and second generation Moroccan respondents. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 2000.

LIM-FEIJEN JF. De buitenlandse zuigeling en de GG&GD- Jeugdgezondheidszorg te Amsterdam. Opleiding sociale geneeskunde. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO Leiden, 1983. Scriptie Opleiding Jeugdgezondheidszorg.

MACKENBACH JP. Income inequality and population health. *BMJ* 2002;5;324 (7328): 1-2.

MARGOLIS PA, STEVENS R, BORDLEY C et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics* 2001;108(3):42.

MELOEN JD, VEENMAN J. Het is maar de vraag... Onderzoek naar responseeffecten bij minderhedensurveys. Lelystad:Vermande,1990.

MEULMEESTER JF, PETERS CE. Jeugdgezondheidszorg: organisatie en inhoud; een vergelijkend onderzoek in Amsterdam en 4 landelijke gebieden. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1993.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002 .

MOST VAN SPIJK M van der. Gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam: ervaringen van ouders en hulpverleners. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam, 1985.

OERS JAM van, red. Gezondheid op Koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 Bilthoven: RIVM, 2002.

OLDS D, et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280(14): 1238-1244.

PAULUSSEN THGW, LANTING CI, HIRASING RA, BUIJS GJ. Ouders over het Rijksvaccinatieprogramma: tevredenheid en vaccinatiebereidheid van ouders van jonge kinderen in Nederland. Leiden TNO Preventie en Gezondheid, 2000.

POST MWM, KUYVENHOVEN MM, VERHEIJ THJM, MELKE RA de, HOES AW. De Nederlandse 'RAND general health rating index for children': een meetinstrument voor de algemene gezondheid van kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142(49): 2680-83.

RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID & ZORG. Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.

RAAD VOOR MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING. Aansprekend opvoeden: balanceren tussen steun en toezicht. Advies 18. Den Haag: RMO, 2001.

REIJNEVELD SA et al. The cross-cultural validity of self reported use of health care: a comparison of survey and registration data. J Clin Epidemiol 1999;53(3):267-272.

REIJNEVELD SA, DOLS WPM. Gezondheidszorg voor illegalen. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000.

STRONKS K, UNIKEN VENEMA, DAHHAN N, GUNNING-SCHEPERS LJ (1999): Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. Tijdschr Soc Gezondheidsz 77 (1): 33-40.

STRONKS K, HULSHOF J, red. De kloof verkleinen: theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Assen: Van Gorcum, 2001.

UITENBROEK DG, WAL M van der, WEERT-WALTMAN L van. The effect of a health promotion campaign on mortality in children. Health Educ Res 2000;15(5): 625-34.

TUIJL C van. Opstap opnieuw bij Turkse en Marokkaanse gezinnen: werkt het? Kind en Adolescent 2002;23 (2); 112-7.

VERHEIJ RA, BOVEN PF van, KOSTERMAN F. OKZ binnen bereik? De toegankelijkheid van ouder- en kindzorg in geografisch perspectief. Bilthoven: RIVM, 2001.

VERVEEN-KEULEMANS EM. Kinderen van gastarbeiders: een bedreigde groep. Tijdschr Soc Geneesk 1980;58 (Suppl): 47-51.

VINK-ROOSCH H. Waarmee kan ik u van dienst zijn? Resultaat van een inventariserend onderzoek naar de wensen en behoeften van de klanten van de afdeling Ouder- en Kindzorg. 2001.

WERSCH SFM van, UNIKEN VENEMA HP, SCHULPEN TWJ. De gezondheidstoestand van allochtonen in: Volksgezondheid Toekomstverkenning deel 2. Gezondheidsverschillen. Bilthoven: RIVM, 1997.

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID. Nederland als immigratiesamenleving. Den Haag: WRR, 2001. Rapporten aan de Regering no. 60.

KOOIJMAN K, LEERDAM FJM, ÖRY F: JGZ op weg naar consensus over aanpak kindermishandeling: onderzoek naar mogelijkheden voor een standaard in de jeugdgezondheidszorg. *Tijdschr Kindermishandeling* 2002, 2: 3-9.

ZWAARD J van der. *El Mizan*. Verpleegkundigen over opvoeding in allochtone huishoudens. Proefschrift Universiteit Utrecht, 1993.

ZWAARD J van der & PANNEBAKKER M: Drempels en kansen: Pedagogische advisering aan Marokkaanse ouders. NIZW Utrecht 1997.

Bijlage 1.

Leden Advies- en Begeleidingscommissies

Leden Adviescommissie

Mevr. Rabiaa Bouhalhoul

Mevr. Leyla Bengi

Mevr. Karima Belhaj (Pacemaker)

Nordine Dahhan (Pacemaker)

John de Wit (Universiteit Utrecht)

Haluk Arslan (erc.research)

Najib Taoujni (Patiënten voor Patiënten)

Bert Tellegen

Mevr. Yolanda Schothorst (Veldkamp)

Mevr. Serap Yildirim

Mevr. Karlijn Steketee

Leden Begeleidingscommissie

Mevr. H.M. van den Berg

Senior medewerker GGD-Rotterdam

Namens GGD Nederland

R. Burgmeijer

Onafhankelijke deskundige

Mevr. M. Dijkema

Regiomanager afdeling Jeugdzorg (tot 31 december 2002)

Mevr. A. van Woudenberg Projectleider OKC (vanaf 1 januari 2003)

Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam

Mevr. F. Hoeke-Dols
Clustermanager JGZ
Stichting Thuiszorg Midden Gelderland

Mevr. J. Lim-Feijen
Hoofd cluster inhoud JGZ
Namens Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

Mevr. J. Rodenburg
Manager Thuiszorg Rotterdam

Mevr. J. de Vries
Vice-voorzitter sectie JGZ
Namens Beroepsvereniging voor Verpleegkundigen in de
Maatschappelijke Gezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0 - 4 jaar biedt naast effectief gebleken preventieve interventies, zoals vaccinaties en screening op aangeboren afwijkingen, steun aan ouders door huisbezoek en groepsbijeenkomsten. Een belangrijke voorwaarde voor succes is het bereik en de kwaliteit van de dienstverlening. Vooral het bereik van kinderen met laaggeschoolde ouders die opgroeien in gezinnen met een laag inkomen is van groot belang voor het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). Dit onderzoek, dat gefinancierd is door ZonMw, is onderdeel van een serie van onderzoeken uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid naar de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare groepen.

Dit rapport geeft antwoord op twee onderzoeksvragen:

- wat is het bereik van de ouder- en kindzorg (consultatiebureau) onder Marokkaanse en Turkse gezinnen in achterstandswijken van Amsterdam, Arnhem en Rotterdam?
- wat is het oordeel van Marokkaanse en Turkse ouders over het nut en kwaliteit van de door het consultatiebureau geboden activiteiten?

608 Marokkaanse en Turkse respondenten, 588 moeders, 13 vaders en 7 andere gezinsleden, zijn in hun eigen taal geïnterviewd aan de hand van een gecomputeriseerde vragenlijst. De interviewsters hebben dezelfde etnische achtergrond als de respondenten en zijn afkomstig van twee allochtone onderzoeksbureaus. De respons bedraagt 69 procent.

Het bereik van het consultatiebureau is hoog: 96.1 procent. Ook de kwaliteit van de dienstverlening wordt gewaardeerd: 94,7 procent van de ouders is (zeer) tevreden. Tevredenheid en oordeel hangen samen met het opleidingsniveau, beheersing van het Nederlands en het aantal uren betaald werk buitenshuis. Deze differentiatie onder Marokkaanse en Turkse ouders vereist een meer klantgerichte dienstverlening dan tot nu toe om de groepen die het meest kwetsbaar zijn effectief te bereiken.

Aanbevolen wordt om een nieuwe koers uit te zetten voor de JGZ van 0-4 jaar met meer aandacht voor de preventie van psychosociale problemen.

