

Het toelatingsonderzoek in het speciaal onderwijs

Verschillen in acties van de JGZ per etnische groep

Samenvatting

De omvang van het speciaal onderwijs (SO) is de laatste twee decennia fors toegenomen. In Amsterdam bezoeken steeds meer kinderen van buitenlandse afkomst een school voor SO. De vraag rijst of er verschillen zijn in gezondheid tussen allochtone en autochtone leerlingen. In dit artikel schetsen we een globaal beeld van de instroom naar het Amsterdamse SO in 1995-1996. We gaan nader in op de acties die werden ondernomen in vijf verschillende etnische groepen tijdens het toelatingsonderzoek. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het 'Jeugdgezondheidszorg Informatie Systeem (JIS)-formulier'. Scholieren van buitenlandse afkomst stroomden waarschijnlijk later dan Nederlandse scholieren door naar het SO; zij waren bovendien oververtegenwoordigd bij aanmelding bij scholen voor moeilijk en zeer moeilijk lerende kinderen. Allochtone leerlingen kregen meer interventies dan autochtone leerlingen, hoewel het verschil alleen significant was voor de Surinaamse/Antilliaanse scholieren. Verschillen op dit gebied werden grotendeels veroorzaakt door verwijzingen naar de tandarts en/of het vaccinatiesprekuur.

Het speciaal onderwijs (SO) in Nederland werd aan het begin van deze eeuw opgezet om in te spelen op de behoeften van leerlingen die om verschillende redenen moeite hadden het reguliere onderwijs te volgen. In de laatste twintig jaar is het SO sterk gegroeid: zowel het aantal onderwijssoorten als het aantal leerlingen per onderwijssoort namen toe.^{1,2}

In de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag) was de deelname van allochtone kinderen aan het SO lager dan verwacht mocht worden op grond van hun aantallen in de bevolking. Sinds het begin van de jaren negentig komt er verandering in deze situatie: het percentage allochtone kinderen in het SO stijgt, en allochtone scholieren lijken zelfs oververtegenwoordigd bij sommige onderwijstypen. Het is niet duidelijk hoe deze ontwikkelingen moeten worden opgevat: ontstaat er bij buitenlandse ouders meer kennis en bereidheid om gebruik te maken van speciale onderwijsvoorzieningen, is er bij allochtone

kinderen vaker een indicatie voor SO, of worden sommige allochtone kinderen ten onrechte naar het SO verwezen?³⁻⁵

Ook is het mogelijk dat er in de verschillende etnische groepen een samenhang is tussen het aantal gezondheidsproblemen en het aantal SO-verwijzingen. Gegevens over de gezondheid van allochtone kinderen zijn schaars, hoewel in het algemeen wordt aangenomen dat allochtone kinderen meer gezondheidsproblemen hebben. Uit het onderzoek dat Schulpen et al. verrichtten (1996), kwam naar voren dat de sterfte onder allochtone kinderen verhoogd is. Verkeersongelukken tijdens vakanties vormden een belangrijke oorzaak voor deze bevinding. Van der Wal liet zien dat er gezondheidsverschillen bestaan tussen autochtone en allochtone kinderen maar dat deze niet steeds in het nadeel zijn van allochtone kinderen.^{6,7}

Tot 1997 onderging in principe elk kind dat werd aangemeld bij een SO-school een toelatingsonderzoek: het betrof een uitgebreid medisch onderzoek, uitgevoerd door een JGZ-medewerker.⁸

Voor deze studie is gebruik gemaakt van gegevens die werden geregistreerd tijdens de toelatingsonderzoeken aan SO-scholen in Amsterdam.

Het doel van dit artikel is het vergelijken van de bevindingen die leidden tot acties bij Nederlandse en allochtone kinderen, die in schooljaar 1995-1996 een toelatingsonderzoek ondergingen bij een SO-school in Amsterdam. Eerst zullen we kort ingaan op aanmeldingsverschillen tussen verschillende etnische groepen. Vervolgens zullen we de acties van JGZ-medewerkers tijdens het toelatingsonderzoek beschrijven. We zullen de samenhang bespreken met de gezondheidsproblemen en de demografische kenmerken van de onderzochte kinderen.

Methoden

Tijdens schooljaar 1995-1996 werden gegevens verzameld van 1074 kinderen die een toelatingsonderzoek kregen voor Amsterdamse SO-scholen. Voor registratie werd gebruik gemaakt van een Jeugdgezondheidszorg Informatie Systeem (JIS)-formulier.

Kindkenmerken

Van elk kind werden leeftijd, geslacht, etniciteit en de gezinssituatie vastgelegd. De etnische herkomst van het kind werd in dit onderzoek gelijkgesteld aan het geboorteland van de moeder, en ingedeeld in vijf groepen: Nederland, Suriname en de Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko en overige. Moeders van kinderen uit de cluster Marokko konden afkomstig zijn uit Marokko, Tunesië of Algerije.

Wat betreft gezinssamenstelling werd onderscheid gemaakt tussen kinderen uit twee-oudergezinnen, eenoudergezinnen en 'overige'. Dit laatste betrof kinderen die werden opgevoed bij familie of kennissen, of elders onderdak hadden gevonden, bijvoorbeeld in een gezinsvervangend tehuis.

De SES van het gezin van herkomst werd gedefinieerd als het hoogste bereikte opleidingsniveau van de moeder.

Schoolkenmerken

De kinderen in het onderzoek waren aangemeld bij twaalf verschillende schooltypen. Deze zijn voor het bewerken van de gegevens onderverdeeld in vijf verschil-

lende groepen: opvoedingsmogelijkheden, leermoeilijkheden, zintuiglijk gehandicapten, lichamelijke ziekten en overige. De cluster 'opvoedingsmogelijkheden' omvat LOM-, ZMOK- en PI-leerlingen: het betreft in principe normaal begaafde leerlingen die om uiteenlopende redenen niet goed mee kunnen komen binnen het reguliere onderwijs. De cluster 'leermoeilijkheden' omvat leerlingen van MLK- en ZMLK-scholen, bij wie intellectuele beperkingen het hoofdprobleem zijn. De cluster 'zintuiglijk gehandicapten' omvat leerlingen van scholen voor dove en slechthorende, en slechtziende kinderen; de cluster 'lichamelijk ziekten' omvat leerlingen van de Mytyl- en Tytylschool en de openluchtschool voor het zieke kind. Het merendeel van de kinderen uit de restgroep, tenslotte, bezoekt een school voor geïntegreerd SO, of een school voor kinderen met ernstige spraakmoeilijkheden.

Procedure tijdens de consulten

Na afloop van elk toelatingsonderzoek noteerde de onderzoeker op het JIS-formulier voor welke gezondheidsproblemen een herhalingsconsult ('revisie') of verwijzing werd geadviseerd. Revisies en verwijzingen worden verder aangeduid als 'interventies'.

Als een kind gevraagd werd terug te komen voor een revisie, dan konden hiervoor drie redenen worden aangegeven. Wordt een kind verwezen, dan kon worden aangegeven naar wie (maximaal drie hulpverleners) en waarom (maximaal tien verwijzreden).

Analyseplan

Eerst is voor iedere etnische groep het aantal kinderen dat een toelatingsonderzoek kreeg, vergeleken met het aantal kinderen in die leeftijdsgroep in de Amsterdamse bevolking in 1993. (Aanvullende bevolkingsgegevens werden verstrekt door de gemeente Amsterdam.) Vervolgens werden de achtergrondkenmerken en gepleegde interventies per bevolkingsgroep apart weergegeven.

Tot slot werd de samenhang tussen de verschillende achtergrondkenmerken en het krijgen van een interventie tijdens een toelatingsonderzoek geschat met behulp van logistische regressie en weergegeven door middel van odds-ratio's.

Resultaten

Instroom naar het SO

Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal kinderen per etnische groep dat in schooljaar 1995-1996 bij een SO-school een toelatingsonderzoek kreeg. De grootste instroom naar het SO vond plaats vanuit de Surinaamse/Antilliaanse bevolkingsgroep: 14,7 promille van de Surinaamse/Antilliaanse kinderen onderging een toelatingsonderzoek.

Achtergrondkenmerken van de onderzochte leerlingen

In tabel 2 worden de achtergrondkenmerken van alle onderzochte leerlingen per bevolkingsgroep weergegeven. Van de onderzochte scholieren was 67% van het mannelijk geslacht; in alle etnische groepen werden ongeveer twee keer zoveel jongens als meisjes aangemeld. De Nederlandse en de Turkse leerlingen waren gemiddeld het jongst op het moment dat zij een toelatingsonderzoek kregen; Surinaamse/Antilliaanse en Marokkaanse kinderen waren gemiddeld het oudst: deze laat-

sten werden relatief vaak aangemeld bij een vorm van voortgezet speciaal onderwijs. Ongeveer 80% van de Turkse en Marokkaanse kinderen groeide op in een twee-oudergezin, vergeleken met 60% van de Nederlandse en 30% van de Surinaamse/Antilliaanse kinderen.

Meer dan de helft van alle Nederlandse, Surinaamse/Antilliaanse en Marokkaanse leerlingen die een toelatingsonderzoek kregen, waren aangemeld bij een LOM-, ZMOK- of een PI-school. Onder Turkse leerlingen kwamen aanmeldingen bij deze schooltypen veel minder voor. In de allochtone bevolkingsgroepen was het percentage kinderen dat werd aangemeld bij een school voor MLK of ZMLK ongeveer twee keer zo hoog als in de Nederlandse groep. Een relatief groot deel van de Turkse kinderen (11%) werd aangemeld bij een school voor doven en slechthorenden.

Revisies en verwijzingen

Tabel 3 geeft een overzicht van de interventies die werden gepleegd naar aanleiding van het toelatingsonderzoek.

Van alle onderzochte leerlingen kreeg 83% een interventie. De belangrijkste revisieredenen waren zintuiglijke aandoeningen (17%), restgroepbevindingen (10%) en psychosociale problemen (10%). Psychosociale problemen (42%) en spraak- en taalstoornissen (22%) leidden het vaakst tot een verwijzing. Allochtone kinderen hebben vrijwel allen meer interventies gehad dan autochtone kinderen: de belangrijkste interventieredenen waren spraak- en taalstoornissen bij Turkse kinderen, en psychosociale problemen bij Surinaamse/Antilliaanse kinderen.

Tabel 1. Toelatingsonderzoeken voor het speciaal onderwijs naar geboorteland moeder

Geboorteland moeder	Aantal toelatingsonderzoeken voor SO in 1995-1996*	Aantal in Amsterdamse bevolking per 1 januari 1993**	Jaarlijkse instroom (per 100)
Nederland	424	43080	9,8
2-4 jaar	77	10946	7,0
5-12 jaar	225	21826	10,3
13-16 jaar	122	10308	11,8
Suriname/Antillen	270	18352	14,7
2-4 jaar	13	4063	3,2
5-12 jaar	145	10207	14,2
13-16 jaar	112	4082	27,4
Turkije	84	8410	10,0
2-4 jaar	11	2031	5,4
5-12 jaar	51	4433	11,5
13-16 jaar	22	1946	11,3
Marokko	136	16015	8,5
2-4 jaar	11	3586	3,1
5-12 jaar	67	8739	7,7
13-16 jaar	58	3690	15,7
Overigen	150	14868	10,1
2-4 jaar	20	3596	5,6
5-12 jaar	87	7892	11,0
13-16 jaar	43	3380	12,7
Totaal	1074	100725	10,0
2-4 jaar	132	24222	5,4
5-12 jaar	575	53097	10,8
13-16 jaar	357	23406	15,2

* Het bestand bevat gegevens van circa 90% van alle toelatingsonderzoeken in 1995-1996 in Amsterdam

** Het aantal kinderen in Amsterdam naar geboorteland moeder per 1 januari 1996 is niet bekend maar verschilt waarschijnlijk weinig hiervan

Tabel 2. Sociaal-demografische kenmerken van de onderzochte kinderen per etnische groep (%)

Etniciteit	Nederland (n = 427)	Suriname Antillen (n = 269)	Turkije (n = 84)	Marokko (n = 136)	Overig (n = 152)	Totaal (n = 1074)	Sig.
Geslacht							
jongens	67	70	69	63	65	67	
meisjes	33	31	31	37	36	33	ns
Leeftijd							
2-4 jaar	18	5	13	7	13	12	
5-12 jaar	52	53	60	48	57	53	***
> 13 jaar	30	42	27	45	30	35	
Gezinssituatie							
2 ouders	64	31	85	81	57	58	
1 ouder	32	60	13	18	37	36	***
anders	5	9	2	2	6	6	
Schooltype							
LOM,ZMOK, PI	52	54	29	55	37	49	***
MLK,ZMLK	18	34	39	33	36	28	
dov,sh,sz	5	2	11	1	7	4	
myt,tyl,ol	9	3	11	11	7	7	
restgroep	16	8	11	2	15	12	

Aantallen onbekenden per variabele: gezinssituatie: 7, schooltype: 1, geboorteland: 6

Significantieniveau van de verschillen tussen etnische groepen per variabele (chi-kwadraattoets):

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$, ns = niet significant

Betekenis van de schooltypen: dov: doven, sh: slechthorenden, sz: slechthorenden, myt: mytyschool, tyl: Tyltyschool, ol: openlucht

liaanse en Marokkaanse scholieren. Allochtone kinderen werden twee keer zo vaak als Nederlandse kinderen verwezen voor een restgroep-probleem: het betrof vooral verwijzingen naar de tandarts en/of het vaccinatiespreekuur (gegevens niet getoond).

Samenhang tussen interventiepercentage en achtergrondkenmerken

In tabel 4 wordt de samenhang tussen sociaal-demografische kenmerken en interventiepercentage weergegeven. Er is in deze tabel gecorrigeerd voor alle achtergrondkenmerken, inclusief schooltype. Correctie voor achtergrondkenmerken zonder schooltype leverde vrijwel identieke resultaten op.

De leeftijd bepaalde in belangrijke mate of een kind verwezen of uitgenodigd werd voor een revisie: kleuterschoolleerlingen werden significant vaker uitgenodigd voor een revisie, en leerlingen uit het voortgezet onderwijs werden significant vaker verwezen dan

basisschoolleerlingen.

Surinaamse/Antilliaanse leerlingen werden significant vaker teruggezien en Turkse kinderen significant vaker verwezen dan Nederlandse leerlingen.

Discussie en conclusies

Allochtone kinderen worden op wat latere leeftijd aangemeld voor het SO dan autochtone kinderen: zij worden bovendien aangemeld bij andere schooltypen. Turkse kinderen werden veel verwezen voor zintuigaandoeningen: het ging vooral om gehoorproblemen. Surinaamse/Antilliaanse en Marokkaanse leerlingen werden significant vaker verwezen voor een psychosociale aandoening dan andere leerlingen. Bij allochtone kinderen kwamen bijna twee keer zoveel verwijzingen voor naar tandarts en/of vaccinatiespreekuur als bij Nederlandse kinderen.

Tabel 3. Toelatingsonderzoek; interventies naar etnische groep (%)

Etniciteit	Nederland (n = 427)	Suriname Antillen (n = 269)	Turkije (n = 84)	Marokko (n = 136)	Overig (n = 152)	Totaal (n = 1074)	Sig.
Interventie							
revisie	38	42	43	35	38	39	
verwijzing	66	71	80	74	61	68	
revisie en/of verwijzing	80	88	88	85	81	83	
Revisiereden							
groei	7	10	4	7	9	8	
spraak/taal	3	2	1	0	5	2	
motoriek	7	5	7	4	6	6	
zintuigen	20	14	30	11	15	17	*
psychosociaal	5	14	7	15	11	10	**
rest	9	11	13	8	11	10	
Verwijsreden							
groei	2	2	1	2	0	2	
spraak/taal	21	14	39	29	22	22	***
motoriek	13	7	12	7	9	10	
zintuigen	9	9	14	7	5	9	
psychosociaal	38	49	43	51	36	42	*
rest	11	20	27	27	20	18	***

Significantieniveau van de verschillen tussen etnische groepen per variabele (chi-kwadraattoets): * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabel 4. Verband tussen sociaal demografische kenmerken en interventiepercentage

	Revisie		Verwijzing		Interventie	
	%	OR	%	OR	%	OR
Geslacht						
jongens	39,2	1	66,4	1	82,1	1
meisjes	38,4	1,10 (0,83-1,45)	72,8	1,34 (1-1,81)	86,2	1,36 (0,94-1,97)
Leeftijd						
2-4 jaar	60,0	3,25 (1,96-5,40)	61,5	1,26 (0,76-2,08)	84,6	2,23 (1,20-4,17)
5-12 jaar	42,2	1	63,3	1	80,6	1
> 13 jaar	26,6	0,40 (0,30-0,55)	78,8	1,98 (1,42-2,76)	87,5	1,42 (0,94-2,14)
Gezinssituatie						
2 ouders	39,8	1	66,4	1	82,5	1
1 ouder	39,4	1,11 (0,82-1,50)	70,5	1,18 (0,87-1,62)	84,2	1,02 (0,70-1,49)
anders	27,6	0,68 (0,36-1,28)	77,6	1,54 (0,78-3,02)	89,7	0,51 (0,62-3,69)
Geboorteland						
Nederland	37,9	1	65,6	1	80,3	1
Suriname/						
Antillen	41,4	1,50 (1,06-2,11)	71,3	1,09 (0,76-1,56)	87,7	1,68 (1,05-2,66)
Turkije	42,9	1,32 (0,80-2,20)	79,8	2,37 (1,30-4,31)	88,1	1,94 (0,94-3,99)
Marokko	35,6	1,15 (0,75-1,77)	74,1	1,53 (0,97-2,43)	85,2	1,41 (0,81-2,44)
Overig	38,4	1,10 (0,73-1,64)	60,3	0,74 (0,50-1,11)	80,8	1,01 (0,63-1,64)
Schooltype						
LOM,ZMOK,PI	36,5	1	71,0	1	84,6	1
MLK,ZMLK	36,3	0,70 (0,50-0,97)	71,2	1,17 (0,83-1,66)	85,4	1,06 (0,69-1,64)
dov, sh, sz	61,4	1,89 (0,95-3,76)	65,9	0,91 (0,45-1,82)	84,1	0,92 (0,38-2,21)
mytyl,tylt.,ol	46,8	0,53 (0,29-0,95)	40,5	0,33 (0,18-0,59)	72,2	0,38 (0,20-0,74)
restgroep	42,7	0,46 (0,27-0,78)	70,2	1,37 (0,81-2,32)	81,5	0,72 (0,39-1,34)

Alle odds-ratio's zijn gecorrigeerd voor alle achtergrondkenmerken en schooltype. Significante odds-ratio's zijn onderstreept

Kwaliteit van de gegevens

De hier gepresenteerde gegevens hebben een aantal beperkingen. Ten eerste schatten JGZ-medewerkers dat bij ongeveer 10% van de toelatingsonderzoeken geen JIS-formulier werd ingevuld. Tijdgebrek en andere praktische problemen vormden de belangrijkste redenen voor het niet invullen van een formulier; het is onwaarschijnlijk dat hierbij vertekening naar etniciteit is opgetreden.

Daarnaast zijn alleen cijfers beschikbaar over het aantal kinderen dat een toelatingsonderzoek onderging: hoeveel van hen daadwerkelijk werden toegelaten, is niet geregistreerd. JGZ-medewerkers schatten echter dat de meerderheid van de onderzochte kinderen (90 tot 95%) daadwerkelijk op het betreffende type SO-school werd geplaatst, en dat hierbij geen verschillen naar etniciteit optraden.

Een analyse van de invloed van het opleidingsniveau van de moeder op de bevindingen kon niet worden uitgevoerd; deze antwoordcategorie werd in slechts 45% van de gevallen ingevuld. Daardoor kon niet worden nagegaan in hoeverre verschillen in de SES een verklaring vormden voor de bevindingen.

Verschillen in interventiepercentages hoeven niet te berusten op gezondheidsverschillen. Zij kunnen ook wijzen op verschillen in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Bevindingen

Gegevens over de instroom van leerlingen laten zien dat allochtone leerlingen op latere leeftijd dan Nederlandse leerlingen lijken te worden aangemeld bij het SO. Het is echter niet bekend welk percentage van deze kinderen afkomstig was van een andere SO-school. Verder is het opmerkelijk dat twee maal zoveel allochtone kinderen in het onderzoek werden aangemeld bij een school voor kinderen met leerproblemen, vergeleken met de Nederlandse kinderen. Auteurs die zich bezighouden met de positie van allochtone leerlingen in het Nederlandse onderwijs wijzen veelvuldig op verschillen tussen Nederlandse en niet-Nederlandse kinderen, wat betreft de

aanmelding en plaatsing op SO-scholen. Ook in onze studie lijken er instroomverschillen te bestaan: verklaringen hiervoor vallen buiten het bestek van dit artikel.⁹

Allochtone kinderen werden bijna twee maal zo vaak als Nederlandse kinderen verwezen naar tandarts en vaccinatiesprekuren. Dit speelt niet alleen in het SO: ook in het reguliere onderwijs blijken allochtone kinderen in dit opzicht een zorgachterstand te hebben.¹⁰⁻¹³

Turkse kinderen werden significant vaker verwezen dan Nederlandse kinderen. Spraak- en taalstoornissen en zintuigaandoeningen vormen de belangrijkste verwijfsredenen onder Turkse kinderen. Bij nadere analyse blijkt het vooral te gaan om gehoorstoornissen. De bevindingen werden niet beïnvloed door het hoge percentage Turkse kinderen dat werd aangemeld bij scholen voor doven en slechthorenden (gegevens niet getoond). De Graaf et al. (1998) beschreven dat 29% van de 6-12 jarige leerlingen van scholen voor doven en slechthorenden in Nederland, een allochtone achtergrond heeft. Dit is hoger dan op grond van hun aantallen in de bevolking verwacht mag worden. Zij vonden geen verschillen in de oorzaak van het gehoorverlies tussen allochtone kinderen.¹⁴ Omdat in totaal maar 84 Turkse kinderen een toelatingsonderzoek kregen, kan het relatief hoge percentage verwijfsingen ook op toeval berusten. Verder onderzoek naar de werkelijke prevalentie van gehoorstoornissen onder Turkse kinderen lijkt gewenst.

Psychosociale problemen vormden in alle etnische groepen de belangrijkste verwijfsreden. Onder Surinaamse/Antilliaanse en Marokkaanse kinderen waren zij ook de belangrijkste revisiereden. Surinaamse/Antilliaanse en Marokkaanse kinderen werden bovendien significant vaker dan andere kinderen verwezen voor psychosociale problemen.^{15,16-18} Bij aanvullende analyse werd gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, schooltype en gezinssituatie; er ontstond een verschil tussen Marokkaanse en Surinaamse/Antilliaanse scholieren. Bij Marokkaanse scholieren werd in een significant hoger percentage dan bij Nederlandse scholieren advies of begeleiding gegeven voor een psychosociaal



probleem (OR: 1,72). Verschillen tussen Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse kinderen in dit opzicht verdwenen na correctie (OR 0,8) (gegevens niet getoond).

Hoewel allochtone kinderen vaker werden uitgenodigd voor een revisie dan autochtone kinderen, is het verschil alleen voor de Surinaamse/Antilliaanse groep significant: dit hangt waarschijnlijk samen met hun hogere aantallen in de onderzoekspopulatie. Verschillen in revisiepercentages lijken te zijn ontstaan doordat allochtone kinderen vaker werden teruggezien voor psychosociale problemen. De verschillen in verwijzingspercentages tussen Nederlandse kinderen en allochtone kinderen komen grotendeels voor rekening van de verwijzingen naar de tandarts en het vaccinatie-spreekuur.

Samenvattend worden allochtone kinderen wat later aangemeld voor het SO en worden tijdens het toelatingsonderzoek klaarblijkelijk veel mogelijke gezondheidsproblemen opgespoord. Het toelatingsonderzoek kan daarom een bijdrage leveren aan het verbeteren van de gezondheid van een kwetsbare groep kinderen.

Literatuur

1. Bolkestein G, Menkveld H, Duindam SGJ. Ontwikkelingslijnen naar het speciaal onderwijs. 4e herziene druk. Nijkerk: Uitgeverij Callenbach, 1990.
2. Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Wat is speciaal onderwijs. 's-Gravenhage: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1998.
3. Zijlmans SWM, Kool E. Speciaal onderwijs in Amsterdam: cijfers, wensen en opvattingen. Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch Instituut, 1994.
4. Rijswijk CM van, Wittop Koning CM, Zijlmans SWM. De groei van de Amsterdamse scholen voor zeer moeilijk lerende kinderen. Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch Instituut, 1995.
5. Zijlmans SWM. Migrantenkinderen en (voortgezet) speciaal onderwijs; de situatie in Amsterdam. Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch Instituut, 1992.

6. Schulpel TWJ, red. Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland. Utrecht: Centre for Migration and Child Health, 1996.
7. Van der Wal MF. Etnische ongelijkheid in gezondheid bij kinderen (proefschrift) Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997.
8. Pijl YJ. Het toelatingsonderzoek in LOK- en MLK-onderwijs (proefschrift). Groningen: Instituut voor Onderwijsonderzoek Rijksuniversiteit Groningen, 1989.
9. Tjon-a-ten V, Autar K, red. Schoolloopbaanverbetering van Surinaamse leerlingen. Amsterdam: Swets en Zeitlinger, 1990.
10. Sickmann NEC. Bevindingen en verrichtingenadministratie kleuterzorg 1994. Amsterdam: Gemeentelijk Geneeskundige en Gezondheidsdienst, afdeling Jeugdgezondheidszorg en strafbureau Epidemiologie, 1995.
11. Diepenmaat ACM, Pauw-Plomp H. De Amsterdamse vaccinatie-toestand nader bekeken. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en gezondheidsdienst, 1995.
12. Wal MF van der, Diepenmaat ACM, Pauw-Plomp H, Reijneveld SA. Verschillen tussen volledig en onvolledig gevaccineerde kinderen naar etnische groep. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1996; 74:397-402.
13. Verrips GH. Mondgezondheid van Amsterdammertjes (samenvatting). Leiden: NIPG-TNO, 1990.
14. Graaf R de, Knippers EWA, Bijl RV. Prevalentie en relevante achtergrondkenmerken van doofheid en ernstige slechthorendheid in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142: 1819-23.
15. Leij A van der, red. Turkse kinderen in onderwijs en opvoeding. Amsterdam: VU-uitgeverij, 1991.
16. Zwaard J van der. El Mizan: wijkverpleegkundigen over de opvoeding in allochtone huishoudens. Amsterdam: SUA, 1993.
17. Eppink A, Janssen CFA. Kind in twee culturen, 4e druk. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1990.
18. Dashorst H, Werf M van der. Tussen djellaba en disco. Haarlem: Stichting kleur in 't werk 1995.

Uit de praktijk

C.J. Holty-van der Wekken

Evaluatie registratie afwijkingen Rijks-Vaccinatie-Programma-schema in Zeeland

In Zeeland worden circa 50.000 inentingen per jaar verricht volgens het Rijks-Vaccinatie-Programma (RVP). Een taak van de medisch adviseur is de bewaking van de inentingsgraad en de bewaking en bevordering van de kwaliteit van het RVP. In dat kader registreert de Entadministratie te Goes alle afwijkingen van het gebruikelijke schema van het RVP. De volgende vragen waren gesteld:

- Wat is de incidentie van afwijkingen van het RVP-schema in Zeeland?

Mevrouw C.J. Holty-van der Wekken, arts, medisch adviseur Entadministratie Zeeland.

Correspondentieadres: Stichting Provinciale Kraamzorg en Entadministratie Zeeland, Postbus 79, 4460 AB Goes.

- Is er een verschil merkbaar in de incidentie bij de uitvoering door consultatiebureau-artsen of consultatiebureau-houdende-huisartsen?

Resultaten

Het aantal afwijkingen was 48 per jaar, dus lager dan 1 promille. Dit aantal is inclusief de terechte afwijkingen van het RVP. Onterechte afwijkingen waren 11 vergissingen en 7 onjuiste contra-indicaties (0,4 promille). Alle 11 gemaakte vergissingen zijn nadien hersteld en 4 van de 7 onjuiste contra-indicaties zijn hersteld op verzoek van de medisch adviseur. Bij de overige drie kinderen waren in twee gevallen de ouders niet te motiveren voor een andere vaccinatie en in het derde geval was de arts niet van plan alsnog de juiste vaccinatie te geven. Gezien het geringe aantal afwijkingen kon geen uitspraak worden gedaan over mogelijke verschillen tussen consultatiebureau-artsen en consultatiebureau-houdende-huisartsen.

Conclusie

De uitvoering van de RVP-vaccinaties gebeurt in Zeeland zorgvuldig en conform de voorschriften.