

# Gestandaardiseerde zorgverlening binnen de jeugdgezondheidszorg voor 0 - 4 jarigen

## Ideaal of werkelijkheid?

J. Chatab, A. Kerkstra \*

Ter verbetering van de zorg voor zuigelingen en kleuters werd in 1979 door de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid gepleit voor een jeugdgezondheidszorg in georganiseerd verband, volgens gestandaardiseerde programma's en met een voorgeschreven wijze van verslaglegging. In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre de aanbeveling van de Centrale Raad inzake gestandaardiseerde programma's nu, tien jaar later, reeds is gerealiseerd.

Daartoe is binnen de preventieve zorg die wordt verleend op het consultatiebureau (CB) voor 0-4 jarigen onderscheid gemaakt tussen twee categorieën: de zorg die in principe aan ieder kind bij elk bezoek aan het consultatiebureau wordt verleend en de zorg die in prin-

cipe aan ieder kind van een bepaalde leeftijd wordt verleend. Uit systematische observatie van zittingen van 36 consultatiebureaus (totaal 436 consulten) blijkt dat voor wat betreft de zorg bestemd voor ieder kind er sprake is van een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze van de CB-teams. Hierbij gaat het om de volgende CB-taken: anamnese, lichamelijk onderzoek, Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO), volgen van groei en registratie van gegevens. Bij de zorgverlening die leeftijdsgebonden is (volgen van psycho-motorische ontwikkeling, vaccinatie, testen van gezichtsvermogen, voelen van de fontanellen en het meten van de hoofdomtrek) is echter minder sprake van een gestandaardiseerde aanpak.

Trefwoorden: jeugdgezondheidszorg, gestandaardiseerde zorg, preventieve zorg, zuigelingenbureaus, kleuterbureaus

Nederland telde in 1987 ongeveer 3.850 consultatiebureau-teams (CB-teams) voor zuigelingen en 3.040 voor kleuters. Consultatiebureau-artsen (CB-artsen) en huisartsen hebben samen het grootste aandeel in de CB-consulten voor de zuigelingen (77%) en kleuters (95%). Bij de zuigelingenbureaus wordt daarnaast bijna 20% van de consulten zelfstandig door wijkverpleegkundigen gegeven. Het aandeel van de CB-artsen is bij de zuigelingenconsulten en vooral bij kleuterconsulten groter dan dat van de huisartsen (Nationale Kruisvereniging 1989).

Het CB-team bestaat uit een arts en tenminste één wijkverpleegkundige (Nationale Kruisvereniging 1987). Voor wat betreft de taakomschrijving voor artsen op het consultatiebureau is in 1979 overeenstemming bereikt tussen de Nationale Kruisvereniging, de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en de Landelijke Huisartsenvereniging (LAD 1980). Deze taakomschrijving is, in een beknopte vorm, opgenomen in het basispakket van de huisarts (LHV 1987) en uitgebreider beschreven in de functie- en taakomschrijving voor de jeugdartsen (NVJG 1985). In tegenstelling tot de artsen is er voor wijkverpleegkundigen geen specifieke taakomschrijving voor het werk tijdens CB-zittingen. Uit het onderzoek van Vorst-Thijssen (1985) komt naar voren dat het onduidelijk is wat het aandeel van de wijkverpleegkundige op het consultatiebureau (CB) is.

Van verschillende zijden is melding gemaakt van de verschillende taakverdelingen en werkwijzen met betrekking tot de uit te voeren CB-taken (Rasker-Krijgsman 1978, Hessing-Wagner 1985, Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1979, GHI 1982, Swaak 1983, Vorst-Thijssen 1985, Timmermans 1987). In een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Hessing-Wagner 1985) wordt erop gewezen dat CB-gebruikers uiteenlopende diensten aangeboden kunnen krijgen, hetgeen niet in overeenstemming is met het principe van de basisgezondheidszorg. Ter verbetering van de zorg voor zuigelingen en kleuters werd in 1979 door de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid gepleit voor een jeugdgezondheidszorg in georganiseerd verband, volgens gestandaardiseerde programma's en met een voorgeschreven wijze van verslaglegging. In dit artikel wordt nagegaan in hoeverre de aanbeveling van de Centrale Raad inzake gestandaardiseerde programma's nu, tien jaar later, reeds is gerealiseerd. De vraagstelling van het onderzoek luidt: Wordt er door CB-teams (artsen en wijkverpleegkundigen) tijdens CB-zittingen voor de 0-4 jarigen een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze gevolgd? Een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze wordt gedefinieerd als systematische zorgverlening aan zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau, d.w.z. dat het inhoudelijke pakket van zorgverlening voor alle kinderen (van een bepaalde leeftijd) ongeveer hetzelfde is.

Het totaalpakket van de preventieve jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen kan in drie categorieën worden onderscheiden:

\* J. Chatab, A. Kerkstra, Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

1 De zorg die in principe aan ieder kind bij elk CB-bezoek wordt verleend: het afnemen van de anamnese, lichamenlijk onderzoek, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO), volgen van groei en registratie van gegevens.

2 De zorg die in principe aan ieder kind van een bepaalde leeftijd wordt verleend: het volgen van psycho-motorische ontwikkeling, immuniseren, visusonderzoek, meten van hoofdomtrek en het voelen van de fontanellen.

3 De zorg die naar behoefte wordt verleend: het bespreken van gesignaleerde afwijkingen/problemen, advies geven met betrekking tot gezondheid en opvoeding, aanbieden om eerder langs te komen op het CB, het maken van een afspraak voor een huisbezoek door de wijkverpleegkundige en verwijzen.

De zorgactiviteiten in de eerste twee categorieën zijn gericht op het inzichtelijk maken van de gezondheidssituatie van het kind en de zorgbehoefte van het kind, waarop de advisering wordt afgestemd. Dit betreft het zorgaanbod dat systematisch aan alle kinderen (van een bepaalde leeftijd) dient te worden aangeboden. Ter beantwoording van de vraagstelling beperken we ons derhalve tot deze categorieën van zorgverlening. Bij de derde categorie is sprake van zorgactiviteiten naar individuele zorgbehoefte en deze is a priori niet voor alle kinderen uniform en gestandaardiseerd te geven.

#### METHODE

Het onderzoek richtte zich op CB-zittingen waar ouders en kinderen zowel de arts als de wijkverpleegkundige zien (artsenbureaus). Verder betrof het bureaus van CB-artsen en huisartsen, daar ze samen het grootste aandeel hebben in de CB-consulten. Tenslotte beperkten we ons, gezien de vraagstelling tot de taken die tijdens een CB-zitting worden uitgevoerd, de zogenaamde A-taken (LAD 1980, NVJG 1985 p.22).

In totaal hebben 36 consultatiebureaus uit 8 provincies aan het onderzoek meegedaan: 7 bureaus in plattelandsgemeenten (A1-A4), 9 in verstedelijkte plattelandsgemeenten (B1-B2), 5 in specifieke forensengemeenten (B3), 8 in gemeenten met een stedelijk karakter (C1-C4) en 7 in grote steden (C5) (CBS 1989). Elf zuigelingenbureaus waren zogenaamde 'nieuwe stijl bureaus', de overige 25 waren 'oude stijl bureaus'. In bureaus oude stijl geven wijkverpleegkundigen geen zelfstandige consulten, in bureaus nieuwe stijl wel. In het onderzoek waren evenveel zuigelingenbureaus als kleuterbureaus betrokken. In beide typen bureaus waren huisartsen en CB-artsen gelijk vertegenwoordigd.

Om de taken en handelingen van hulpverleners tijdens de CB-zittingen volledig te kunnen volgen werd *video-observatie* als onderzoeksmethode gekozen. De hele CB-zitting werd met behulp van een video-camera opgenomen. Indien de wijkverpleegkundige in dezelfde spreekkamer zat als de arts (dit was bij 7 bureaus het geval) werd één video-camera op het CB geplaatst. Twee camera's waren nodig wanneer de wijkverpleegkundige in een aparte spreekkamer zat (bij 15 bureaus) en dezelfde kinderen zag die ook door de arts werden onderzocht. In de resterende bureaus (N=14) verbleef de wijkverpleegkundige in de

boxenkamer: het werd niet wenselijk geacht daar een video-camera te installeren.

In totaal zijn van 436 kinderen de consulten opgenomen: 232 zuigelingen (15 maanden en jonger) en 204 kleuters. Er waren vrijwel evenveel meisjes (49,5%) als jongens (50,5%). De deelnemende CB-artsen hebben iets meer kinderen (54%) tijdens de onderzochte CB-zittingen gezien dan de huisartsen. In totaal hebben 18 ouders geweigerd mee te doen aan het onderzoek. Dat betrof 4% van alle opgeroepen kinderen. De resultaten van dit onderzoek zijn vermoedelijk niet representatief voor het consultatiebureau in Nederland, maar gezien de samenstelling van de deelnemende consultatiebureaus (regionale spreiding, type bureaus, samenstelling CB-teams) zijn de resultaten wel indicatief te noemen voor de zorgverlening aan de 0-4 jarigen.

Voor het observeren van de opgenomen consulten is een *observatieprotocol* ontwikkeld, dat gebruikt werd door twee observatoren. Bij het opstellen van het observatieprotocol is in eerste instantie uitgegaan van de door de NVJG (1985) vastgestelde taakomschrijving. Bij de invulling van bepaalde CB-taken is tevens andere literatuur geraadpleegd zoals het Nederlands leerboek voor de Jeugdgezondheidszorg (Schuil e.a. 1987), de informatie-map consultatiebureauteam (Nationale Kruisvereniging 1987), het dossier Jeugdgezondheidszorg, het Groeiboek (1986) en het werkboek bij het herziene Van Wiechenschema (Kruisvereniging West-Overijssel 1983) waarin de uitvoering van het psychomotorisch onderzoek nauwkeurig wordt beschreven inclusief het hanteren van het onderzoeksmateriaal. Daarnaast is voor het opstellen van het observatieprotocol gebruik gemaakt van de videobanden 'Kinderen in ontwikkeling, deel 2 en 3' (Faculteit Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Utrecht 1985) waarop wordt gedemonstreerd op welke wijze het onderzoek naar psychomotorische ontwikkeling van 0-4 jarigen dient te worden uitgevoerd.

In het observatieprotocol worden ten behoeve van de vraagstelling twee categorieën van zorg binnen het totaalpakket van de preventieve jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen onderscheiden, die elk een aantal taken bevatten:

*1 De zorg die in principe aan ieder kind bij elk CB-bezoek wordt verleend: het afnemen van de anamnese, het verrichten van lichamenlijk onderzoek, het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, het volgen van groei en registratie van gegevens.*

Het afnemen van de anamnese kan verschillende aandachtspunten omvatten. Binnen dit onderzoek werden de volgende onderwerpen onderscheiden: medische aandachtspunten, voeding, gedragsontwikkeling van het kind, sociaal gedrag, leefmilieu en psychomotorische ontwikkeling. Wat betreft het verrichten van lichamenlijk onderzoek wordt in het observatieprotocol, op grond van het dossier Jeugdgezondheidszorg vier groepen onderscheiden: hoofd (ogen, oren, mond, neus/keelholte, hals), romp (borst, buik en genitalia externa), heupen/ledematen en overige zoals huid, lichaamshouding en neurologisch onderzoek. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding wordt volgens de functie- en taakomschrijving van de Nederlandse Vereniging van Jeugdgezondheidszorg (NVJG 1985) gegeven naar aanleiding van bevindingen bij anam-

nese en geneeskundig onderzoek. Het volgen van groei houdt behalve het meten van de lengte en het wegen ook het bespreken van de groeicurven in. Registratie van gegevens in het dossier Jeugdgezondheidszorg is vooral van belang voor de continuïteit van zorg.

*2 De zorg die in principe aan ieder kind van een bepaalde leeftijd wordt verleend: het volgen van psychomotorische ontwikkeling, immuniseren, visusonderzoek, het meten van de hoofdomtrek en het voelen van de fontanellen.*

Er bestaan richtlijnen voor de leeftijden waarop het onderzoek naar de psychomotorische ontwikkeling (Kruisvereniging West-Overijssel 1983) van het kind dient te worden verricht en voor de leeftijden waarop het kind de inentingen (Groeiboek 1986 p.72) dient te krijgen. Er bestaan geen officiële richtlijnen voor het testen van het gezichtsvermogen, het meten van de hoofdomtrek en het voelen van de fontanellen. Desondanks is er een zekere mate van overeenstemming in het veld over de leeftijd waarop het kind het visus-onderzoek moet ondergaan. Deze test wordt meestal toegepast bij de 4-jarigen. Soms wordt de test ook bij de 3-jarigen uitgevoerd, maar in de meeste gevallen wordt de test dan herhaald als het kind 4 jaar oud is. Door Bulk-Bunschoten (1982) wordt aanbevolen dat deze test met behulp van de Amsterdamse Plaatjeskaart vanaf driejarige leeftijd wordt verricht. Volgens de GHI (1982) kan op vierjarige leeftijd de visus van elk oog worden bepaald. De leeftijd voor het meten van de hoofdomtrek varieert vanaf de geboorte tot circa een half jaar, soms tot een jaar. In het dossier Jeugdgezondheidszorg wordt 'hoefdomtrek' alleen in het staatje van de zuigelingen opgenomen. Het Groeiboek (1986) daarentegen heeft de rubriek 'hoefdomtrek' tot en met een leeftijd van 2 jaar. Voor het voelen van de fontanellen wordt in het veld vaak de zuigelingenperiode genoemd. Uit de literatuur is slechts bekend dat de fontanellen zich tussen de 12e en 18e maand sluiten (Venzmer 1982).

Door twee onafhankelijke observatoren werd op het observatieprotocol aangegeven of een bepaalde taak tijdens een consult wordt verricht en door wie (door de arts, de wijkverpleegkundige of beiden). Voor het bepalen van de betrouwbaarheid van de observaties werd Kappa berekend (Cohen 1960, Soeken en Prescott 1986). De resultaten van zowel inter- als intra-observatorbetrouwbaarheid zijn goed te noemen. De inter-observatorbetrouwbaarheid varieerde van 0.75 tot 1 voor 30 van de 38 observatiecategorïeën. De intra-observatorbetrouwbaarheid was 0.75 of hoger voor 36 van de 38 observatiecategorïeën van de eerste observator en voor 29 observatorcategorïeën van de tweede observator. Voor een uitgebreide beschrijving van het observatieprotocol, en verantwoording van het betrouwbaarheidsonderzoek wordt verwezen naar het onderzoeksrapport (Chatab 1989).

## RESULTATEN

### Categorie 1

In deze paragraaf wordt in eerste instantie de zorg die in principe aan ieder kind bij elk CB-bezoek wordt verleend, beschreven. Achtereenvolgens worden anamnese, lichamelijk onderzoek, GVO, volgen van groei en registratie van gegevens behandeld.

	Team	Arts	Arts en wijkverpl.	Wijkverpleegk.
Medisch algemeen	94.5	62.2	29.5	2.8
Lichamelijk aspecten (hoofd, romp, heupen/ledematen, overige)	79.4	58.8	16.9	3.7
Voeding	77.3	36.2	16.1	25.0
Gedragsontwikkeling	70.6	42.6	13.6	14.4
Sociaal gedrag	27.1	15.4	2.5	9.2
Leefmilieu	60.8	35.1	15.8	9.9
Van Wiechenschema	70.4	58.2	6.0	6.2
Gaat na of er nog vragen zijn	51.2	31.7	10.8	8.7

**Tabel 1** Het percentage van de consulten waarin de CB-teams, de artsen, de wijkverpleegkundigen of de combinatie van die twee de anamnese afnemen (N=436 consulten)

De eerste taak betreft het *afnemen van anamnese*. Tabel 1 laat zien dat ongeacht wie het doet (arts, wijkverpleegkundige of beide) de anamnese over algemene medische aspecten nagenoeg bij alle kinderen wordt afgenomen (94.5%). Bij de anamnese van algemene medische aspecten gaat het om onderwerpen als de toestand van het kind, medicijngebruik, opname in het ziekenhuis, reacties op vaccinaties en dergelijke. De percentages van anamnese van specifieke aandachtspunten zoals lichamelijke aspecten, voeding en gedragsontwikkeling zijn lager dan bij anamnese over algemene medische aspecten. Uit tabel 1 valt verder af te leiden dat de arts en de wijkverpleegkundige soms allebei (gelijktijdig of afzonderlijk) de anamnese bij kinderen afnemen.

Een andere CB-taak die in principe ook bij ieder kind wordt uitgevoerd, is *lichamelijk onderzoek*. Op grond van het dossier jeugdgezondheidszorg wordt lichamelijk onderzoek in vier groepen onderscheiden: hoofd, romp, heupen/ledematen en overige. Blijkens tabel 2 wordt het meest frequent onderzoek gedaan naar de romp, die onderverdeeld is in: borst, hart, longen, lever, milt, nieren, navel, liezen, arterie femorales, genitalia. Hierbij scoren het luisteren naar de longen (91%) en naar het hart (77%) het hoogst.

Daarnaast blijkt dat bij de meeste kinderen regelmatig onderzoek aan het hoofd wordt gedaan, dat wil zeggen: fontanellen, hals, stand van de ogen, bewegingen van de ogen, oren, neus/keelholte en mond/gebitt. Het meeste onderzoek wordt verricht naar de stand van de ogen (47%), gevolgd door onderzoek van de hals/lymfeklieren (44%) en het kijken naar de mond/het gebitt (43%) van het kind.

Bij heupen wordt een onderscheid gemaakt tussen onderzoek naar abductie, beenlengte, kniehoogte en bilplooien. Abductie (51%) wordt het meest onderzocht naast de beenlengte (42%), terwijl bij 44% van de kinderen op het CB naar ledematen wordt gekeken.

Tenslotte het overige gedeelte. Dit omvat lichaamshouding, huid-, wervelkolom-, neurologisch, reflexen- en tonusonderzoek. Naar de huid (21%) en wervelkolom (22%) van het kind wordt in het onderzoek het meest gekeken.

Uitgaande van tenminste één onderzoek, ongeacht naar welk lichaamsdeel, wordt bij 97% van de kinderen lichamelijk onderzoek verricht. Derhalve kan worden geconstateerd dat er bij de meeste kinderen op CB's, meer

	Onderzoek door			Uitslag door		
	Team	Arts	Arts en wijkverpl.	Team	Arts	Wijkverpleegk.
Hoofd	88.3	84.2	4.1	34.7	33.9	0.8
Romp	93.3	93.1	0.2	25.4	25.2	0.2
Heup	82.8	82.6	0.2	31.4	31.2	0.2
Overige	37.4	37.4	0.0	12.4	12.2	0.2

**Tabel 2** Het percentage van de consulten waarin de CB-teams, de artsen, de wijkverpleegkundigen of de combinatie van die twee het lichamenlijk onderzoek uitvoeren resp. de uitslag geven (N=436 consulten)

of minder uitgebreid, systematisch lichamenlijk onderzoek wordt verricht. Verder blijkt ook dat deze CB-taak praktisch uitsluitend door de arts wordt verricht. De uitslag van het onderzoek wordt echter niet altijd aan de ouders verteld (tabel 2).

De derde CB-taak die bij de zorg voor ieder kind hoort is het *geven van GVO*. Volgens de functie- en taakomschrijving van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG 1985) wordt GVO gegeven naar aanleiding van bevindingen bij anamnese en geneeskundig onderzoek. Met andere woorden de onderwerpen waarover GVO wordt gegeven kunnen van consult tot consult variëren. Door de onderzochte CB-teams wordt GVO in eerste instantie gegeven naar aanleiding van het lichamenlijk onderzoek of heeft betrekking op algemene medische aspecten (tabel 3). Vervolgens komt voeding als het meest belangrijke onderwerp naar voren. Het derde belangrijke onderwerp vormt GVO over gedragsontwikkeling van jonge kinderen en over aspecten van een gezond leefmilieu. Een samenvattend oordeel over de toestand van het kind zoals 'het gaat goed met uw kind', 'het gaat steeds beter' of 'hij is over zijn dieptepunt heen' wordt in bijna een derde van de gevallen gegeven. Evenals bij de anamnese levert ook bij deze CB-taak de wijkverpleegkundige een belangrijke bijdrage aan de zorgverlening op consultatiebureaus. Het geven van GVO over tenminste één aspect wordt door de onderzochte CB-teams tijdens 94% van de consulten gedaan. Er is derhalve op teamniveau sprake van systematisch GVO.

**Tabel 3** Het percentage van de consulten waarin de CB-teams, de artsen, de wijkverpleegkundigen of de combinatie van die twee gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) geven (N=436 consulten)

	Team	Arts	Arts en wijkverpl.	Wijkverpleegk.
Medisch algemeen	61.5	37.2	12.6	11.7
Lichamenlijk onderzoek	65.4	55.1	7.7	2.6
Groei	11.0	5.5	1.2	4.3
Voeding	43.6	17.2	7.6	18.8
Gedragsontwikkeling	33.3	17.4	5.3	10.6
Sociaal gedrag	7.1	3.7	0.7	2.7
Leefmilieu	26.1	14.2	4.1	7.8
Van Wiechenschema	8.5	8.0	0.0	0.5
Geeft eindoordel	32.7	32.5	0.0	0.2

De vierde CB-taak die onder de categorie 'zorg voor ieder kind' valt is het bespreken van de *groei van het kind*. Het volgen van groei in de zin van 'meten en wegen' en 'bijhouden van de groeicurven' wordt bij de onderzochte consultatiebureaus niet in de spreekkamer van de arts of van de wijkverpleegkundige gedaan maar in de boxenkamer: hetgeen dus niet op de videoband werd opgenomen. Deze taak wordt door een wijkverpleegkundige, wijkzakenverzorgende of een hulpkracht uitgevoerd. Tijdens de opgenomen consulten in de spreekkamer, blijkt het CB-team bij 76% van de kinderen het gewicht, de lengte of de hoofdomtrek met de ouders te hebben besproken. Echter er was tijdens het onderzoek op zes CB's niemand van het onderzoeksteam aanwezig in de boxenkamer. Er kon bij deze bureaus niet exact worden vastgesteld of ook de groei van het kind in de boxenkamer werd besproken.

De laatste CB-taak die bij de eerste categorie zorg hoort, is de *registratie van gegevens*. Registratie van gegevens tijdens CB-zittingen wil zeggen dat het CB-team tijdens of na afloop van een consult in het dossier van het kind de bevindingen opschrijft. Dat is op het niveau van het CB-team vrijwel systematisch gebeurd (98.2%). Het registreren van gegevens in het dossier wordt tijdens de CB-zittingen meestal door de arts (97.3%) gedaan. Registratie van gegevens tijdens een consult zegt echter niets over de mate waarin het team het dossier van het kind volledig invult. In dit artikel wordt dit buiten beschouwing gelaten. Voor nadere informatie wordt verwezen naar Chatab (1989).

#### Categorie 2

De tweede categorie zorg betreft de zorg die in principe wordt verleend aan ieder kind van *een bepaalde leeftijd*.

Hiertoe wordt ten eerste het volgen van *psycho-motorische ontwikkeling* gerekend. Dit geschiedt volgens een gestandaardiseerd schema (het herziene Van Wiechenschema). In totaal zijn er 76 items om de psycho-motorische ontwikkeling van het kind van een bepaalde leeftijd te volgen. Formeel dient een arts *alle* bij de leeftijd behorende items *per kind* na te gaan (Kruisvereniging West-Overijssel 1983). Dit wordt echter niet altijd gedaan van tenminste één item per kind, ziet men lage percentages (tabel 4). Van de in totaal 76 items zijn er slechts vier die bij meer dan de helft van de kinderen, behorende bij één bepaalde leeftijdsgroep, door CB-teams worden onderzocht. Deze items zijn 'blijft hangen bij optillen onder oksels' (item 11), 'optrekken tot zit, hoofd komt mee' (item 15), 'verticaal zwaaien, benen gebogen of trappelen' (item 17) en 'houd voorwerp vast, pakt nog een in andere hand' (item 20).

Bij sommige items, die voorzien zijn van letter M, mag een arts aan de ouders vragen of het kind het betreffende gedrag reeds vertoont, indien tijdens het consult op het CB dat niet direct bij het kind te observeren is (Kruisvereniging West-Overijssel 1983). Deze zijn bijvoorbeeld 'reageert op toespreken' (item 2), 'kijkt naar eigen handen' (item 9), 'maakt geluiden terug' (item 10), 'zegt dada, baba of gaga' (item 25). Artsen blijken vaker aan ouders te vragen naar de psycho-motorische ontwikkeling van het kind dan strikt volgens de richtlijnen in het werkboek.

Leeftijd in maanden	Aantal items	Team	Arts	Arts en wijkverpl.	Wijkverpleegk.	Aantal kinderen (consulten)
1	5	63.6	54.5	0.0	9.1	22
2	2	50.0	50.0	0.0	0.0	14
3	5	78.3	74.0	4.3	0.0	23
6	6	90.9	81.8	9.1	0.0	11
9	7	77.8	77.8	0.0	0.0	18
12	6	47.1	41.2	0.0	5.9	17
15	6	13.4	6.7	0.0	6.7	15
18	6	50.0	50.0	0.0	0.0	10
24	7	45.5	18.2	9.1	18.2	11
30	7	0.0	0.0	0.0	0.0	6
36	6	63.6	27.2	9.2	27.2	11
45	7	20.0	20.0	0.0	0.0	5
54	6	80.0	80.0	0.0	0.0	5

**Tabel 4** Het percentage van de consulten waarin de CB-teams, de artsen, de wijkverpleegkundigen of de combinatie van die twee psycho-motorisch onderzoek verrichten met behulp van het herziene Van Wiechenschema per leeftijdsgroep

Samenvattend kan worden geconstateerd dat door de CB-teams geen systematisch onderzoek wordt verricht naar de psycho-motorische ontwikkeling van het kind. Voor een deel is dit als volgt te verklaren. Ouders geven soms spontaan informatie die betrekking heeft op de psycho-motorische ontwikkeling van het kind. Wellicht is dat een reden voor sommige artsen om de betreffende items niet meer zelf te onderzoeken. De wel door de arts geobserveerde items hoeven niet altijd te worden besproken tijdens een consult maar ze worden gelijk geregistreerd in het dossier JGZ, hetgeen zich dus onttrekt aan de waarneming van de observatoren. Verder kan bij een eerder CB-bezoek door de arts zijn geobserveerd dat een kind een bepaalde stadium van ontwikkeling heeft bereikt. Het kind wordt namelijk wel door het CB-team maar niet binnen ons onderzoek longitudinaal gevolgd. We hebben de zorgverlening op consultatiebureaus slechts op één tijdstip gemeten.

*Immuniseren* is de tweede taak die bij de leeftijdgebonden zorg hoort. Volgens het vaccinatieschema worden de 0-4 jarigen in totaal zes keer ingeënt. DKTP wordt op 3, 4, 5 en 11 maanden gegeven. De BMR-prik wordt op 14 maanden gegeven. Als het kind 4 jaar is krijgt het een DTP-inenting. Ten behoeve van het onderzoek wordt onderscheiden: 'het voorbereiden van injectie' en 'het geven van injectie' aan zuigelingen en kleuters. Op het niveau van CB-team wordt bij de onderzochte kinderen, behalve bij de 4 jarigen, tenminste drie kwart van de

**Tabel 5** Het percentage van de consulten waarin de CB-teams, de artsen en de wijkverpleegkundigen immuniseren voorbereiden resp. verstrekken per leeftijdsgroep

Leeftijd in maanden	Voorbereiden door			Injecteren door Arts	Aantal kinderen (consulten)
	Team	Arts	Wijkverpleegk.		
3 (DKTP)	78.3	47.8	30.5	78.3	23
4 (DKTP)	72.0	44.0	28.0	72.0	25
5 (DKTP)	94.7	68.4	26.3	89.5	19
11 (DKTP)	75.0	25.0	50.0	75.0	4
14 (BMR)	88.5	69.2	19.3	84.6	26
48 (DTP)	57.1	42.9	14.2	57.1	7

kinderen van de betreffende leeftijdscategorie tijdens een zitting ingeënt (tabel 5). Het geven van injecties wordt, bij onderzochte artsenbureaus, uitsluitend door de arts gedaan. De wijkverpleegkundige bereidt de injecties wel regelmatig voor. De landelijke inentingspercentages volgens de jaarrapportage van de Nationale Kruisvereniging (1989) zijn hoger. Aangenomen wordt dat dit ook opgaat voor de vaccinatiegraad bij de onderzochte CB's. Dan is er dus een groep kinderen die om bepaalde redenen (bijvoorbeeld verkoudheid) op een andere leeftijd als in tabel 5 opgegeven, wordt ingeënt.

Andere CB-taken die ook leeftijdgebonden zijn maar waar formeel nog geen strikte landelijke richtlijnen voor bestaan, zijn het testen van gezichtsvermogen (visusonderzoek), het voelen van de fontanellen en het meten van de hoofdromtrek.

Volgens de onderzochte CB-teams wordt *visusonderzoek* meestal verricht bij kinderen van 4 jaar, in ieder geval niet bij kinderen jonger dan 3 jaar. Dit wordt ook bevestigd door de onderzoeksresultaten. Het meest wordt visusonderzoek gedaan bij kinderen van 3 1/2 jaar tot 4 jaar (71.4%). Dit percentage is niet erg hoog te noemen. Ook dit kan liggen aan het feit dat we slechts éénmalig hebben gemeten. Het visusonderzoek wordt op de onderzochte CB's óf door de arts óf door de wijkverpleegkundige verricht (tabel 6).

Het *voelen van de fontanellen* wordt, bij navraag, op alle 36 bureaus als handeling behorende bij het eerste levensjaar genoemd. Dit wordt blijkens het onderzoek (tabel 7) uitsluitend door de arts gedaan, hetgeen het meest voorkomt bij kinderen tot 9 maanden. Fontanellen worden steeds minder vaak gevoeld naarmate het kind ouder

**Tabel 6** Het percentage van de consulten waarin de CB-teams, de artsen en de wijkverpleegkundigen op de onderzochte kleuterbureaus visusonderzoek verrichten

Leeftijd in maanden	Team	Arts	Wijkverpleegk.	Aantal kinderen (consulten)
36-41	35.1	21.6	13.5	37
42-47	71.4	28.5	42.9	14
≥ 48	56.7	43.3	13.4	30

Leeftijd in maanden	Arts	Aantal kinderen (consulten)
≤ 6	65.8	114
7-9	68.4	38
10-12	48.5	33
13-18	44.3	61
19-24	20.5	39
25-30	2.0	49
31-36	6.3	32

**Tabel 7** Het percentage van de consulten waarin de artsen de fontanellen voelen per leeftijdsgroep

wordt. Gezien het feit dat de fontanellen meestal pas in het tweede levensjaar sluiten (Venzmer 1985) zouden we ook hogere percentages verwachten bij kinderen tot 2 jaar.

In het dossier JGZ wordt 'hoofdomtrek' alleen in het staatje van de zuigelingen opgenomen, hetgeen impliceert dat het meten van de hoofdomtrek alleen bij zuigelingen wordt gedaan. Het Groeiboek (1986) heeft de rubriek 'hoofdomtrek'-töt en met 2 jaar. De meeste onderzochte CB-teams geven aan dat ze alleen tijdens het eerste levensjaar de hoofdomtrek meten. Uit tabel 8 valt af te leiden dat het meten van de hoofdomtrek het meest frequent wordt gedaan bij kinderen van twee, zeven of acht maanden en 11 maanden. Het betreft dan 40 tot 50% van de kinderen, althans voor zover dit tijdens de opgenomen consulten wordt gedaan. Is dat het geval dan wordt het uitsluitend door de arts verricht.

#### SLOTBESCHOUWING

In dit artikel wordt antwoord gegeven op de vraag of er door artsen en wijkverpleegkundigen tijdens CB-zittingen voor de 0-4 jarigen een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze wordt gevolgd. Daarmee wordt ook antwoord verkregen op de vraag of, en zo ja in hoeverre, aanbevelingen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) inzake jeugdgezondheidszorg reeds zijn gerealiseerd.

**Tabel 8** Het percentage van de consulten waarin de artsen de hoofdomtrek meten per leeftijdsgroep

Leeftijd in maanden	Arts	Aantal kinderen (consulten)
1	18.2	22
2	42.9	14
3	13.0	23
4	20.0	25
5	10.5	19
6	36.3	11
7	46.2	13
8	42.9	7
9	16.7	18
10	16.7	12
11	50.0	4
12	5.9	17

Voor de beantwoording van de vraagstelling werd het preventieve jeugdgezondheidszorg-pakket gesplitst in de zorg die in principe aan ieder kind bij elk CB-bezoek wordt verleend en de zorg die leeftijdgebonden is.

Voor wat betreft de eerste categorie zorg is uit het onderzoek gebleken dat zorgverlening aan ieder zuigeling en kleuter tijdens CB-consulten nagenoeg systematisch wordt uitgevoerd. Althans wanneer we uitgaan van het niveau van CB-team, dat wil zeggen ongeacht of de zorg door de arts, door de wijkverpleegkundige of door beide hulpverleners wordt verleend. Deze zorg die in principe aan ieder kind wordt verleend betreft anamnese, lichamenlijk onderzoek, volgen van groei, GVO en registratie van gegevens.

Voor de tweede categorie zorgverlening die aan een bepaalde leeftijd gebonden is, gaat de systematiek in mindere mate op. Dit geldt zowel voor CB-taken waar formeel een algemeen geldend schema voorhanden is (psycho-motorische ontwikkeling, immuniseren) als die waar nog geen landelijke richtlijnen voor bestaan (visusonderzoek, voelen van de fontanellen en het meten van de hoofdomtrek). Verder lijkt het erop dat bij de meeste CB-teams een zekere (theoretische) overeenstemming bestaat over de leeftijd waarop bij een kind visusonderzoek wordt verricht, fontanellen worden gevoeld en hoofdomtrek wordt gemeten. Dit betekent echter niet dat deze CB-taken systematisch bij kinderen van de betreffende leeftijdscategorie worden uitgevoerd.

Voor wat betreft het aandeel van de wijkverpleegkundigen tijdens een artsensbureau het volgende. Wijkverpleegkundigen leveren een belangrijke bijdrage aan een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze, op team-niveau, tijdens onderzochte CB-zittingen. Met uitzondering van het lichamenlijk onderzoek en het geven van injecties verleent de wijkverpleegkundige afzonderlijk of samen met de arts zorg aan 0-4 jarigen en hun ouders. Over het uitvoeren van lichamenlijk onderzoek en geven van injecties door wijkverpleegkundigen tijdens verpleegkundige bureaus kan op basis van dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan. Tijdens verpleegkundige zittingen, waar wijkverpleegkundigen in principe zonder arts bureau houden, zal de verleende zorg door de wijkverpleegkundige in omvang waarschijnlijk eerder toe dan afnemen.

Tenslotte de actuele ontwikkeling: pedagogische onderwerpen op consultatiebureau. Onderwerpen die pedagogisch van aard zijn zoals gedragsontwikkeling, sociaal gedrag en het leefmilieu van het kind (zie tabel 1 en 3) komen tijdens de onderzochte consulten regelmatig aan de orde. Dit sluit aan bij een aandachtspunt van de Landelijke Commissie VTO (VTO in evenwicht 1986) ten aanzien van het kruiswerk en komt overeen met de resultaten van het onderzoek van Kousemaker (1987). Uit laatstgenoemd onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de onderzochte moeders behoefte heeft aan hulp bij opvoeding. De gevoerde discussie thans gaat voornamelijk over wie de pedagogische taken op het consultatiebureau dient uit te voeren. Volgens geneeskundig inspecteur Verbrugge is dat een taak van de arts en de wijkverpleegkundige (Seysener 1988). Anderen vinden dat daarvoor specifieke hulpverleners zoals pedagogen op het consultatiebureau dienen te worden ingeschakeld (Kousemaker

1987, Carlier e.a. 1985). In het rapport van Timmermans (1987) wordt op een mogelijke substitutie gewezen van de RIAGG naar het consultatiebureau.

Deze slotbeschouwing wordt afgesloten met enkele kanttekeningen bij het onderzoek.

Ten eerste hebben we een cross-sectioneel onderzoek verricht bij de 36 consultatiebureaus. Voor de leeftijdgebonden zorg zoals psycho-motorisch onderzoek, vaccinatie of visusonderzoek kan dat invloed hebben op de verzamelde gegevens. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat onder invloed van de beschikbare tijd voor een consult bepaalde leeftijdgebonden zorg niet aan de orde is geweest. Bijvoorbeeld in consulten waarin ook veel zorg naar behoefte werd gegeven. In het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties (1981) wordt voor een zuigelingenconsult 8 minuten en voor een kleuterconsult 11 minuten als norm gehanteerd. Uit ander onderzoek blijkt dat deze normen vaak overschreden worden en te krap worden gevonden (zie bijvoorbeeld Mennen 1983, Vorst-Thijssen 1985). Of deze mogelijke oorzaken de soms zeer lage percentages voldoende verklaren kan echter worden betwijfeld.

Ten tweede: 'uniforme en gestandaardiseerde zorg' wordt gedefinieerd als systematisch zorgverlening aan zuigelingen en kleuters op CB's. Dit impliceert ook dat het aangeboden pakket van jeugdgezondheidszorg weinig varieert tussen verschillende bureaus. Immers wanneer de zorg aan nagenoeg alle kinderen wordt verleend, houdt dit tevens in dat er ook tussen CB's onderling weinig variaties aan zorgverlening te zien zal zijn.

Ten derde is de wijze waarop de zorg door het CB-team wordt verleend buiten beschouwing gelaten. Er bestaan namelijk niet altijd landelijke methodes die door alle CB's in Nederland worden gevolgd. Bovendien hoeft het bestaan van een gestandaardiseerde onderzoeksmethode (psycho-motorisch onderzoek) niet altijd in systematische zorgverlening te resulteren.

Concluderend kunnen we stellen dat het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in 1979 om jeugdgezondheidszorg volgens gestandaardiseerde programma's te verlenen, gerealiseerd is voor zover het gaat om preventieve zorg die aan ieder kind dient te worden verleend. Toch hebben Hessing-Wagner (1985) en Timmermans (1987) ook gelijk als ze stellen dat bij de uitvoering van de zorg voor 0-4 jarigen niet altijd uniform te werk wordt gegaan namelijk betreffende de leeftijdgebonden zorg. Wat betreft de leeftijdgebonden zorg, zo blijkt uit ons onderzoek, is het minder gelukt de aanbevelingen van de Centrale Raad te realiseren. Het is kennelijk betrekkelijk eenvoudig om de preventieve zorgverlening te standaardiseren zolang het voor ieder kind van toepassing is. Wanneer differentiatie wordt gemaakt naar bijvoorbeeld leeftijd is standaardisatie blijkbaar moeilijker in de praktijk uit te voeren.

#### ABSTRACT

In 1979, the National Council of Public Health advocated a well organized child health service, using standardized programmes and recording systems in order to improve preventive health services to children. This study investi-

gates the extent to which the recommendation, regarding the use of standardized programmes at the child health clinics, has been put into effect ten years later.

The preventive care provided at the child health clinics can be divided into two categories: services for all children during visits to clinics and services for children in particular age groups. This observational study, at 36 child health clinics, has shown that the first category of care (service for all children) is provided in a systematic and standardized way. This includes: history taking, medical examinations, health education, recording height and weight, and recording findings. However, preventive services for children in particular age groups are not provided in standardized programmes.

#### LITERATUUR

- Bulk-Bunschoten, A.M.W.*, Onderzoek naar visuele stoornissen bij kinderen in de periode dat zij het consultatiebureau bezoeken. NIPG-TNO, Leiden 1982
- Carlier, E., P. Kousemaker, P. Kusse & C. Neerken*, Het consultatiebureau in pedagogisch perspectief. Maatschappelijke Gezondheidszorg 13 (1985) 4-7
- Centraal Bureau voor de Statistiek*, Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1989. 's-Gravenhage 1989
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid*, Interim-advies inzake zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Rijswijk 1979
- Chatab, J.*, Consultatiebureau-teams in beeld. Een onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters. NIVEL, Utrecht 1989
- Cohen, J.A.*, A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement (1960) 37-46
- Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI)*, Verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen; jaar 1980. Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Rijswijk 1982
- Groeiboek*, Negende herziene druk van de Kruisverenigingen in samenwerking met het stedelijk orgaan GVO Den Haag. Gemeente 's-Gravenhage. 's-Gravenhage 1986
- Hessing-Wagner, J.*, Samenhang in de zorg rond geboorte en jonge kinderen. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Rijswijk 1985
- Kousemaker, A.P.J.*, De opvoeding van jonge kinderen, behoefte aan en wenselijkheid van Pedagogische preventie. Deel 3. Vakgroep Klinische Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Leiden 1987
- Kruisvereniging West-Overijssel*, Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau: werkboek bij het herziene Van Wiechenschema. Kruisvereniging West-Overijssel, Kampen 1983
- Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)*, Dienstverband voor consultatiebureau-artsen in het kruiswerk. Medisch Contact 35 (1980) 346-351
- Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)*, Het basispakket van de huisarts. Landelijke Huisartsenvereniging, Utrecht 1987
- Nationale Kruisvereniging*, Informatiemap consultatiebureauteam. Nationale Kruisvereniging, Bunnik 1987
- Nationale Kruisvereniging*, Jaarrapportage jeugdgezondheidszorg 0-schoollaand; Kruiswerk 1987. Bunnik 1989

---

Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG),  
Functie- en taakomschrijving voor een jeugdarts in een  
jeugdgezondheidsteam. Nederlandse Vereniging voor  
jeugdgezondheidszorg, Utrecht 1985

Rasker-Krijgsman, M.P., Wie zorgt voor de gezondheid van de  
jonge kinderen? Van Gorcum, Assen 1978

Schuil P.B., D.J.A. Bolscher, E.A. Brouwers-de Jong,  
H. Hengeveld, E.M. van Lokven, T.M.A. Menu &  
A.G.H. Norg, Nederlands leerboek voor de jeugd-  
gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen/Maastricht 1987

Seysener, M., Gezondheidszorg moet prioriteiten stellen op  
basis van gezondheidswinst. Maatschappelijke  
Gezondheidszorg 16 (1988) 6-9

Soeken, K.L. & P.A.A. Prescott, Issues in the use of Kappa to  
estimate reliability. Medical Care 24 (1986) 733-741

Swaak, A.J., De kinderhygiëne als rad van avontuur.  
Maatschappelijke Gezondheidszorg 11 (1983) 6-9

Timmermans, J., Samenhang in de zorg voor jeugdigen. Sociaal  
en Cultureel Planbureau (SCP), Rijswijk 1987

Venzmer, D. (red.), Het nieuwe medisch gezinsboek.  
Bert Bakker, Amsterdam 1985

Videobanden 'Kinderen in Ontwikkeling', Deel 2:  
ontwikkelingsonderzoek zuigelingen (0-15 maanden). Deel  
3: ontwikkelingsonderzoek kleuters (18-54 maanden). De  
audio-visuele dienst van de Faculteit Sociale  
Wetenschappen, Rijksuniversiteit Utrecht 1985

Vorst-Thijssen, T.M.L., De zorg voor zuigelingen en kleuters.  
NIVEL, Utrecht 1985

VTO in evenwicht, Eindrapport gemengde werkgroep  
Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning van  
ontwikkelingsstoornissen: een vooronderzoek op  
consultatiebureaus. Orthopedagogisch Instituut Universiteit  
van Amsterdam, Amsterdam 1986

---

**CORRESPONDENTIEADRES**

Mw. dr. A. Kerkstra, Stichting NIVEL, Postbus 1568, 3500  
BN Utrecht, tel. 030-319946

*Ontvangen 23 februari 1990, geaccepteerd 20 december 1990*