

6.7.2.1. Inleiding

De periode van 0 tot 5 jaar wordt beschouwd als een risicoperiode, wat een actieve opvolging van kinderen rechtvaardigt. De contacten zullen vooral geconcentreerd zijn op het eerste levensjaar gedurende hetwelke de belangrijkste basisvaccinaties en -opsporingen plaatsvinden.

De opvolging van de zuigeling wordt door twee types van gezondheidsstructuren verzekerd: enerzijds de algemene structuren van de eerste lijn (de huisarts) of de tweede lijn (de pediatr), en anderzijds een structuur van preventieve zorg zoals het ONE, zowel op het niveau van specifieke consultaties als in het kader van onthaalstructuren in de jonge kindertijd, zoals de crèches. De kleine patiënten hebben eveneens de mogelijkheid gratis de basisvaccinaties te krijgen bij hun arts, die ze kunnen ontvangen van de gemeenschap waar ze van afhangen, maar ondertussen betalen ze de consultatie.

De organisatienormen en -regels van het ONE verschillen van die van Kind en Gezin, en hiermee dient rekening gehouden te worden voor de interpretatie van de cijfers. In principe bezoekt een medisch-sociaal werker van een van deze twee organisaties, verantwoordelijk voor de entiteit waar de moeder woont, deze in de 15 dagen die volgen op het ontslag uit de materniteit. In bepaalde materniteiten gebeurt het eerste contact met het ONE onmiddellijk, tijdens het ziekenhuisverblijf, maar dit contact vervangt niet het huisbezoek..

Onder de objectieven van deze module noteert men:

- relatieve belangrijkheid van het gebruik van de verschillende types van diensten.
- identificatie van subgroepen die weinig of veel verbruiken.

Met moet, gezien het kleine aantal kinderen (500 kinderen voor België, waarvan 185 in Vlaanderen en 135 in Brussel), zeer voorzichtig zijn met de interpretatie van de resultaten.

Enkele aanpassingen werden in de tabellen en figuren aangebracht om juister te zijn: de leeftijd van de moeder is diegene die ze had bij de geboorte van haar kind. De rookgewoonten hebben betrekking op de gewoonten op het ogenblik van de bevalling en daarna.

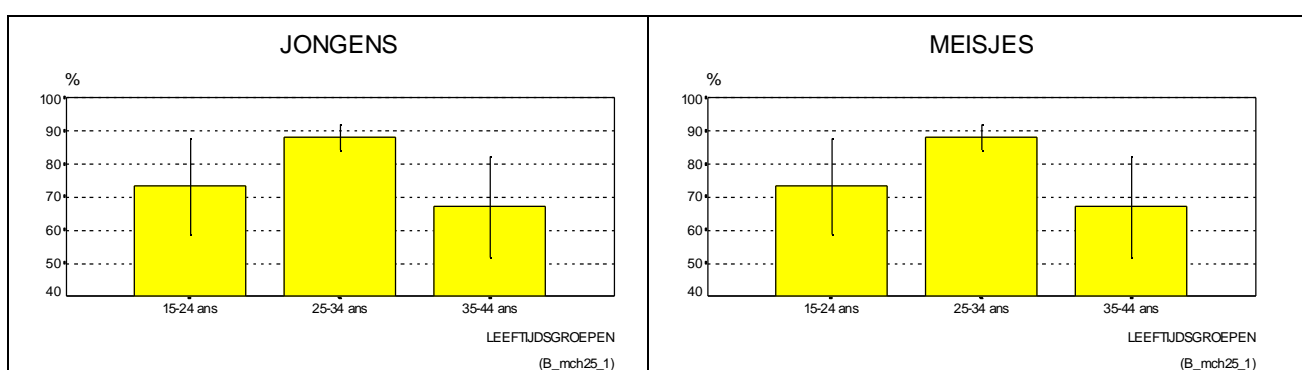
6.7.2. Resultaten voor België

6.7.2.1. Bezoeken van een medisch-sociaal werker van het ONE of van Kind en Gezin na het ontslag uit de materniteit (indicator MCH25_1)

In België heeft 84.5 procent van de bevroagde vrouwen die zijn bevallen in de vijf laatste jaren een bezoek gekregen van het ONE/Kind & Gezin na hun ontslag in de materniteit.

Figuur 6.7.2.1.

HUISBEZOEK NA ONTSLAG IN DE MATERNITEIT, IN FUNCTIE VAN DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBORTE EN VAN HET GESLACHT VAN HET KIND (MCH25_1). GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997



Invloed van persoonlijke karakteristieken

Het zijn de vrouwen die geen diploma hebben en diegenen met de laagste inkomens die het minst een huisbezoek na de geboorte krijgen! Na standaardisatie voor de leeftijd van de moeder op het ogenblik van de geboorte, blijft het verschil bestaan voor de personen die een equivalent inkomen van tussen 20 en 30000 BF hebben in vergelijking met diegenen die een equivalent inkomen per huishouden hebben van tussen 30 en 60 000 BF.

De vrouwen die roken op het moment van hun zwangerschap verklaren minder vaak een bezoek te krijgen na de geboorte.

Tabel 6.7.2.1

HUISBEZOEK NA ONTSLAG IN DE MATERNITEIT, PROPORITIE GECORRIGEERD VOOR DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBOORTE (INDICATOR MCH25_1). GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997

		PROPORTIE (%)	95% B.I.
GESLACHT VAN HET KIND	Jongen	72,1	(61,7-82,6)
	Meisje	79,7	(69,7-89,6)
ONDERWIJSNIVEAU	Geen diploma	50,6	(23,9-77,3)
	Lager	78,7	(52,2-105)
	Lager secundair	79,8	(60,1-99,6)
	Hoger secundair	73,1	(61,3-84,8)
	Hoger	78,4	(64,6-92,1)
EQUIVALENT INKOMEN (BFR)	< 20.000	70,8	(62,9-78,7)
	20.000-30.000	56,2	(48,3-64,1)
	30.000-40.000	74,2	(65,5-82,8)
	40.000-60.000	75,6	(73,0-78,2)
	>60.000	69,3	(57,4-81,2)
GEZONDHEIDSBELEVING	Goed tot zeer goed	77,0	(68,7-85,2)
	Zeer slecht tot redelijk	85,5	(74,0-97,1)
ROOKGEWOONTEN	Neen	81,0	(73,3-88,6)
	ja	59,9	(44,8-75,1)
VERBLIJFPLAATS	Vlaams Gewest	83,0	(71,9-94,1)
	Brussels Gewest	55,8	(45,7-65,9)
	Waals Gewest	75,2	(64,3-86,1)
	België	76,3	(69,3-83,3)

Het is in Vlaanderen dat het percentage het hoogst is (91%) en in Brussel dat het het laagst is (58.8%). In Wallonië is het 81%. Bij deze percentages moet rekening gehouden worden met de duidelijk zeldzamere aanwezigheid van het ONE in de privéziekenhuizen van Brussel. De moeders van de middelbare leeftijdsgroep, die veruit de talrijkste zijn, hebben meer de medisch-sociaal werker ontvangen.

Deze vaststelling van lagere percentages in Brussel en in Wallonië is misschien verbonden aan het feit dat in bepaalde materniteiten waar het ONE aanwezig is, een medisch-sociaal werker aan de moeder vraagt of zij wenst een huisbezoek te ontvangen van een medisch-sociaal werker van het ONE. Dit met het doel een optimale beschikbaarheid te behouden voor de moeders die het meeste hulp nodig hebben of wensen.

Deze indicator is dus zowel een weerspiegeling van het dienstenaanbod als van de vraag in bepaalde gewesten.

6.7.2.2.2. Wie verzekert de medische opvolging van de zuigelingen (0-1 jaar) (Indicator MCH26_1)?

Deze vraag liet meerdere antwoordtypes toe en is dus behandeld geweest als een vraag met meerdere antwoorden. De gebruikte denominator voor de percentages is het gewogen aantal van de personen die de optie kiezen. Het is dus mogelijk dat het totaal van een lijn 100 procent overschrijdt.

Voor geheel België verklaren de bevraagde moeders in 53% van de gevallen dat ze hun kind gedurende het eerste levensjaar hebben laten opvolgen door een pediater, in het ziekenhuis of in het privé. 39% is gevolgd geweest door de huisarts en eveneens 39% door het ONE/Kind en Gezin.

Het zijn de moeders tussen 25 en 34 jaar die hun kind het meest laten opvolgen door verschillende artsen.

De moeders met een diploma van hoger niveau verklaren minder vaak dat ze hun kind door een huisarts laten opvolgen, maar meer in de crèche (Slechts 3% van de moeders laat hun kind in de crèche opvolgen!!) en meer bij privépediaters. Er is een frequentiegraad van privépediaters die verhoogt met het niveau van het diploma van de moeder, terwijl dit niet het geval is bij de ziekenhuispediaters.

Het inkomenniveau lijkt de opvolging van zuigelingen slechts voor de lage inkomens (equivalent inkomen per huishouden lager dan 30 000 BF) te beïnvloeden: deze personen raadplegen minder privépediaters.

De moeders die rookten op het moment van hun bevalling gaan een beetje meer naar de pediater en minder naar de huisarts of het ONE/Kind en Gezin.

Voor geheel België zijn de waargenomen verschillen tussen de gewesten dezelfde als diegene die men waarneemt voor het geheel van de consumptie van de zorgen:

- De Vlaamse moeders gaan met hun kind veel meer naar de huisarts en minder naar de specialist.
- De Brusselse en Waalse moeders gaan meer naar de specialist. In Brussel gaat men bovendien zeer weinig naar de huisarts.

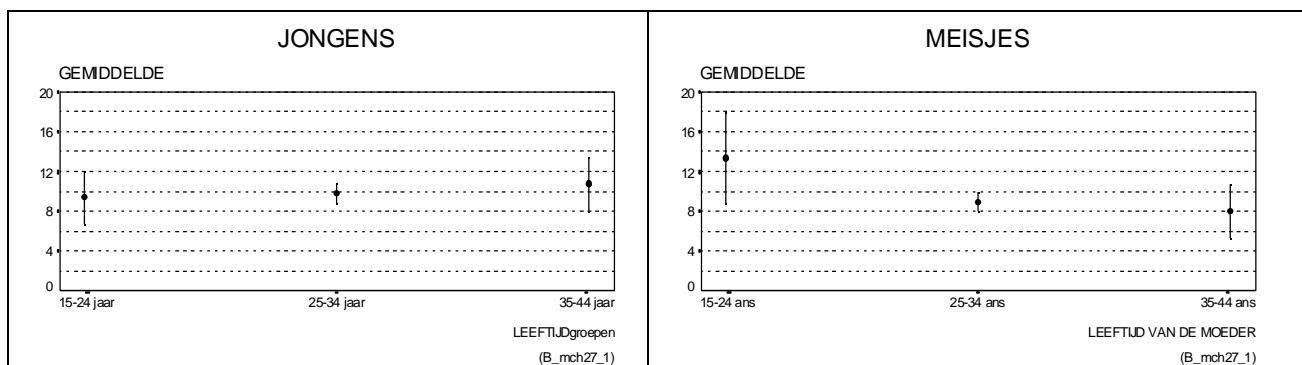
Paradoxaal is er bijna geen verschil inzake de waarden van de voorafgaande indicator (frequentie van huisbezoek) tussen de gewesten wat betreft een opvolging door het ONE/K&G, tenzij licht in het voordeel van Brussel, zowel bij de consultaties zelf van het ONE (44%) of in de crèche (5%). Dit kan verbonden zijn aan de nabijheidsfactor van deze consultaties (Brussel is uniform “stedelijk” in tegenstelling tot de andere gewesten).

6.7.2.2.3. Gemiddeld aantal raadplegingen in de loop van het eerste levensjaar (MCH27_1)

In deze vraag wordt aan de moeder gevraagd hoeveel keer gemiddeld haar kind is gezien geweest door een arts tijdens het eerste levensjaar. Er wordt niet gepreciseerd of het voor een preventieve of curatieve reden was. Anderzijds zijn de normen voor de preventieve opvolging niet dezelfde voor het ONE en Kind en Gezin: de eerste beveelt negen bezoeken aan tijdens het eerste levensjaar, de tweede slechts zes (1,2,3). Men bemerkt te meer in de verklaringen van de moeders een indruk van notoire afronding (op 10, 12, 15 en 20 keer). De voorgestelde cijfers zijn dus indicatief voor tendenzen, maar mogen niet “letterlijk” genomen worden.

Gemiddeld genieten de Belgische zuigelingen van 9,6 contacten met een arts gedurende hun eerste levensjaar. Vijftwintig procent wordt minder dan 5 maal gezien en 25% meer dan 12 maal.

FIGUUR 6.7.2.2. GEMIDDELD AANTAL MEDISCHE BEZOEKEN TIJDENS HET EERSTE LEVENSJAAR (MCH27_1) IN FUNCTIE VAN DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBOORTE EN HET GESLACHT VAN HET KIND. GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997.



Vergelijkingen in functie van karakteristieken van de moeder.

De moeders met een diploma lager onderwijs consulteren betekenisvol meer dan diegenen met een diploma hoger secundair of hoger onderwijs.

De moeders met zeer hoge inkomens (> 60.000 BF) verbruiken minder dan diegenen waarvan het inkomen tussen de 20 en 60.000 BF ligt. Diegenen met de laagste inkomens geven eveneens minder consultaties aan, maar het verschil is niet betekenisvol na standaardisatie voor de leeftijd.

Tenslotte lijken de vrouwen die rookten na hun bevalling meer te verbruiken, maar het verschil blijkt niet betekenisvol.

TABEL 6.7.2.2. GEMIDDELD AANTAL MEDISCHE BEZOEKEN TIJDENS HET EERSTE LEVENSJAAR (MCH27_1), GECORRIGEERD VOOR DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBOORTE. GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997.

		GEMIDDELDE	95% B.I.
GESLACHT VAN HET KIND	Jongen	10,0	(9,1-10,9)
	Meisje	9,9	(8,6-11,2)
ONDERWIJSNIVEAU	Geen diploma	12,0	(8,9-15,1)
	Lager	13,4	(11,8-14,9)
	Lager secundair	11,5	(9,6-13,4)
	Hoger secundair	9,5	(8,4-10,6)
	Hoger	9,0	(7,8-10,2)
EQUIVALENT INKOMEN (BFR)	< 20.000	8,4	(6,3-10,5)
	20.000-30.000	10,9	(9,7-12,2)
	30.000-40.000	10,7	(9,1-12,4)
	40.000-60.000	9,9	(8,4-11,4)
	>60.000	6,8	(5,6- 8,1)
GEZONDHEIDSBELEVING	Goed tot zeer goed	9,8	(9,0-10,7)
	Zeer slecht tot redelijk	9,8	(8,0-11,6)
ROOKGEWOONTEN	Neen	9,7	(8,9-10,5)
	Ja	11,1	(9,5-12,6)

Het is in het Vlaamse Gewest dat het gemiddelde aantal medische controles het laagst is, gevolgd door het Waalse Gewest. In Brussel zijn er betekenisvol meer controles dan in het Vlaamse Gewest.

6.7.2.2.4. Wie verzekert de vaccinaties van de zuigeling (MCH28_1)?

Aan de moeders met een kind jonger dan vijf jaar op het ogenblik van het interview werd gevraagd wie hun jongste kind had gevaccineerd. Wij hebben enkel de kinderen van minstens drie maanden, aanbevolen leeftijd voor de eerste vaccinatie, in aanmerking genomen.

De leider blijft ontegensprekelijk het ONE/Kind en Gezin die 43,6% van de doelgroep gevaccineerd heeft. Ongeveer 29% is gevaccineerd door een pediater, 14% door een huisarts en 5% wordt gevaccineerd in de crèche. Zes procent van de kinderen is niet gevaccineerd.

Het zijn de moeders van middelbare leeftijd die het meeste naar het ONE gaan en dus minder naar de pediater en de huisarts. Zij zeggen ook het talrijkst dat hun kind niet is gevaccineerd geweest.

Vergelijkingen in functie van persoonlijke karakteristieken:

Tenslotte gaan de moeders die rookten na hun bevalling minder vaak naar het ONE/K&G, en meer naar de huisarts of de pediater.

Voor het overige worden er vrij weinig duidelijke tendenzen in functie van socio-economische variabelen waargenomen.

6.7.2.3. Vlaamse resultaten

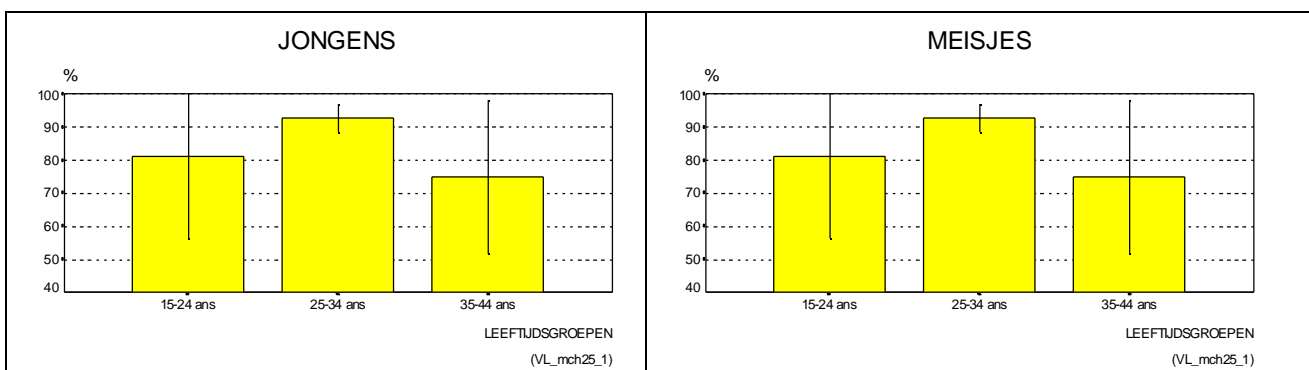
6.7.2.3.1. Bezoek van een medisch-sociaal werker van het ONE na ontslag uit de materniteit (MCH25_1)

In het Vlaamse Gewest heeft 91% van de bevroegde vrouwen die zijn bevallen tijdens de vijf laatste jaren een bezoek gekregen van Kind en Gezin na hun ontslag uit de materniteit. Het is een licht hoger percentage dan in Wallonië, maar duidelijk en betekenisvol hoger dan in Brussel (zie nationaal rapport).

De moeders van middelbare leeftijdsgroep, die veruit het talrijkst zijn, hebben meer een medisch-sociaal werker gekregen, maar dit verschil is niet betekenisvol.

In Vlaanderen worden de bezoeken in principe systematisch afgelegd. Deze indicator is dus vooral een weerspiegeling van het dienstenaanbod.

Figuur 6.7.2.3 HUISBEZOEK NA ONTSLAG UIT DE MATERNITEIT, PROPORIE GECORRIGEERD VOOR DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBOORTE (MCH25_1). VLAAMS GEWEST. GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997.



Er wordt geen verband waargenomen tussen deze indicator en het onderwijsniveau van de moeder. In tegendeel, hoe meer het inkomen stijgt (behalve voor de hoogste inkomens), hoe meer de moeders verklaren een bezoek te hebben gehad, zonder dat men kan nagaan of de relatie betekenisvol is.

De vrouwen die roken op het moment van hun bevalling (21%) verklaren minder vaak een bezoek na de geboorte te hebben gekregen (76% in plaats van 94%), maar dit wordt niet bevestigd na standaardisatie voor de leeftijd van de moeder (het aantal kinderen is zeer laag).

Tabel 6.7.2.3 *HUISBEZOEK NA ONTSLAG UIT DE MATERNITEIT, PROPORTIE GECORRIGEERD VOOR DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBORTE(MCH25_1). VLAAMS GEWEST. GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997.*

		PROPORTIE (%)	95% B.I.
GESLACHT VAN HET KIND	Jongen	78,6	(58,4-98,8)
	Meisje	83,5	(67,8-99,1)
ONDERWIJSNIVEAU	Geen diploma	100,0	(100- 100)
	Lager	100,0	(100- 100)
	Lager secundair	97,0	(91,1- 103)
	Hoger secundair	72,4	(53,1-91,6)
	Hoger	92,6	(82,9- 102)
EQUIVALENT INKOMEN (BFR)	< 20.000	,0	(,0- ,0)
	20.000-30.000	71,9	(42,6- 101)
	30.000-40.000	85,2	(64,3- 106)
	40.000-60.000	96,4	(93,9-98,8)
	>60.000	79,2	(51,7- 107)
GEZONDHEIDSBELEVING	Goed tot zeer goed	86,8	(75,3-98,3)
	Zeer slecht tot redelijk	92,7	(80,0- 105)
ROOKGEWOONTEN	Neen	88,6	(78,0-99,3)
	ja	52,3	(20,3-84,3)

6.7.2.3.2. Wie verzekert de medische opvolging van de zuigelingen (Indicator MCH26_1)

Deze vraag liet meerdere antwoordtypes toe en werd dus behandeld als een vraag met meerdere antwoorden. De gebruikte denominator voor de percentages is het gewogen aantal van de personen die de optie kiezen. Het is dus mogelijk dat het totaal van een lijn 100 procent overschrijft.

In Vlaanderen zijn het de huisartsen die grotendeels de kinderen opvolgen: 45% van de moeders verklaart dat zij hun laatste kind hebben opgevolgd. 40% van de moeders zegt genoten te hebben van een opvolging door K&G, en 36% door een pediatr. De kinderen worden gevolgd door verschillende diensten of personen in een groot aantal van de gevallen (ongeveer 30%). Dit wordt zonder twijfel gedeeltelijk verklaard door het gebrek aan integratie van preventieve en curatieve zorgen: er is een overlapping van de verantwoordelijkheden: de huisarts kan preventieve zorg verstrekken wanneer hij het kind ziet, zonder dat de prijs van de consultatie wijzigt. Het ONE moet de zieke kinderen naar de huisarts doorsturen: men kan er een diagnose stellen, maar niet voorschrijven.

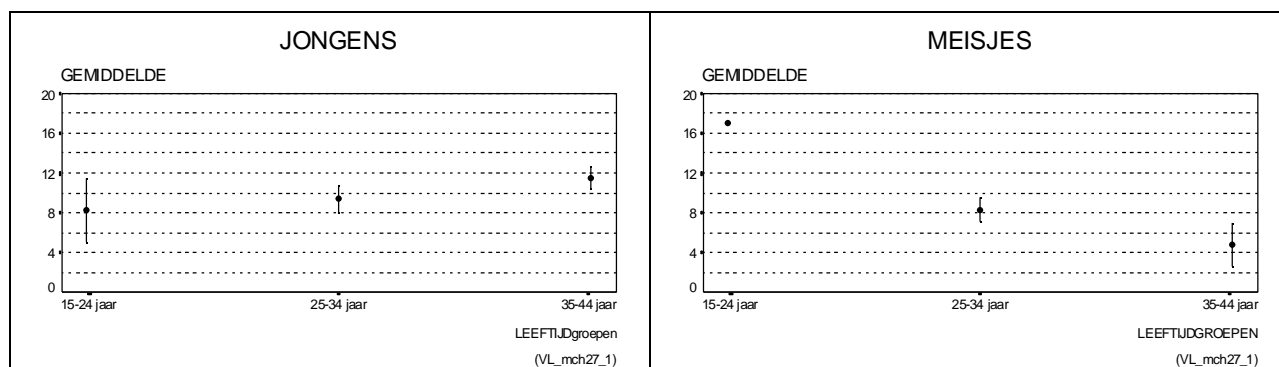
Het weinig hoge onderwijsniveau is verbonden aan een frequentere opvolging van kinderen door de huisarts.

De moeders die rookten op het moment van hun bevalling gaan minder vaak naar K&G en vaker naar privé-pediaters dan diegenen die niet rookten.

6.7.2.3.3. Gemiddeld aantal raadplegingen in de loop van het eerste levensjaar (MCH27_1)

In deze vraag werd aan de moeder gevraagd hoeveel keer gemiddeld haar kind tijdens het eerste levensjaar gezien is geweest door een arts. Er werd niet gepreciseerd of het om een preventieve of curatieve reden ging. Kind & Gezin beveelt zes bezoeken aan tijdens het eerste levensjaar (wij hebben hier een gemiddelde van 9 contacten)(1,2). Men bemerkt bovendien in de antwoorden een effect van notoire afronding (op 10,12, 15 en 20 keer). De voorgestelde cijfers zijn dus indicatief voor tendenzen, maar mogen niet "letterlijk" genomen worden.

Tabel 6.7.2.4. GEMIDDELD AANTAL MEDISCHE CONTROLES (0-1 JAAR)(MCH27_1)
IN FUNCTIE VAN DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBOORTE EN VAN HET
GESLACHT VAN HET KIND.
VLAAMS GEWEST. GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997



Tabel 6.7.2.4 GEMIDDELD AANTAL MEDISCHE CONTROLES (0-1 JAAR)(INDICATOR MCH27_1)
GECORRIGEERD VOOR DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBOORTE. VLAAMS
GEWEST. GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997

		GEMIDDELDE	95% B. I.
GESLACHT VAN HET KIND	Jongen	10,0	(9,1-10,9)
	Meisje	9,9	(8,6-11,2)
ONDERWIJSNIVEAU	Lager	8,6	(8,1- 9,2)
	Lager secundair	9,8	(8,3-11,3)
	Hoger secundair	9,0	(6,4-11,6)
	Hoger	7,5	(6,1- 9,0)
EQUIVALENT INKOMEN (BFR)	< 20.000	12,0	(, - ,)
	20.000-30.000	9,6	(6,7-12,5)
	30.000-40.000	8,6	(7,5- 9,6)
	40.000-60.000	8,7	(6,0-11,3)
	>60.000	5,5	(3,9- 7,1)
GEZONDHEIDSBELEVING	Goed tot zeer goed	8,1	(6,5- 9,7)
	Zeer slecht tot redelijk	7,6	(4,6-10,6)
ROOKGEWOONTEN	Neen	8,3	(6,7-10,0)
	Ja	11,3	(10,1-12,6)

6.7.2.3.4. Wie verzekert de vaccinaties van de zuigeling (MCH28_1)?

Er werd aan de moeders die een kind jonger dan vijf jaar op het moment van het interview hadden gevraagd, wie hun jongste kind had gevaccineerd. Wij hebben enkel de kinderen van minstens drie maanden, voorzietne datum voor de eerste vaccinatie, in aanmerking genomen.

K&G vaccineert 50% van de doelgroep. Ongeveer 15% wordt gevaccineerd door de huisarts, 19% door een pediater en 5% in de crèche. Wij zien dat 8% van de kinderen niet gevaccineerd zijn (11% bij de moeders die een diploma hoger onderwijs hebben!).

Het zijn de moeders van middelbare leeftijd die het meest naar het ONE gaan, en minder naar de pediater of de huisarts.

Verschillen in functie van persoonlijke karakteristieken:

De huisartsen vaccineren des te frequenter de kinderen dan dat de moeders een minder hoog diploma hebben. De moeders die rookten op het moment van de geboorte laten hun kind minder vaccineren door K&G en meer door de huisartsen en de pediaters.

6.7.2.4. Brusselse resultaten

6.7.2.4.1. Bezoek van een medisch-sociaal werker van het ONE na ontslag uit de materniteit (MCH25_1)

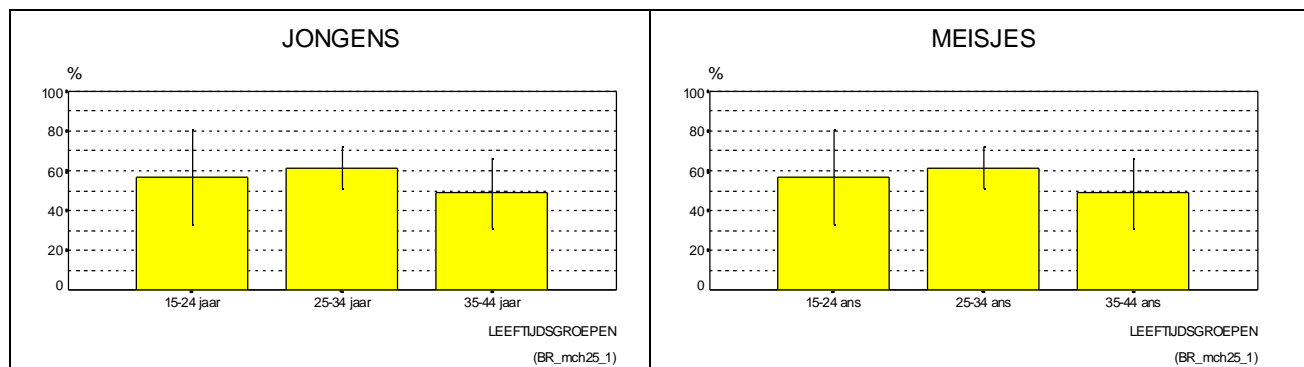
In Brussel heeft 56% van de bevroegde vrouwen die in de loop van de vijf laatste jaren zijn bevallen een bezoek gekregen van het ONE/Kind & Gezin na hun ontslag uit de materniteit. Het is een veel lager percentage dan in Vlaanderen en Wallonië. Dit percentage moet vergeleken worden met de duidelijk zeldzamere aanwezigheid van het ONE in de privéziekenhuizen van Brussel, zonder twijfel verbonden aan de perceptie van een zekere concurrentie door de pediaters van deze instituten. Wij herinneren eraan dat voor het geheel van zijn behoeften de Brusselse bevolking ook meer naar de specialist stapt als arts van de eerste lijn (zie hoofdstuk over het verbruik van zorgen van specialisten).

Deze vaststelling van minder frequente bezoeken in Brussel en in Wallonië is misschien verbonden met het feit dat momenteel, in bepaalde materniteiten, waar het ONE aanwezig is een medisch-sociaal werker aan de moeder vraagt of ze een huisbezoek wenst van de medisch-sociaal werker van het ONE, met als doel een optimale beschikbaarheid te behouden voor de moeders die het meest hulp wensen of nodig hebben.

Deze indicator is dus zowel een weerspiegeling van het dienstenaanbod als van de vraag.

De moeders van de middelbare leeftijdsgroep, die veruit het talrijkst zijn, hebben meer een medisch-sociaal werker ontvangen, maar dit verschil is niet betekenisvol.

FIGUUR 6.7.2.5. *BEZOEK VAN HET ONE NA ONTSLAG UIT DE MATERNITEIT (MCH25_1) IN FUNCTIE VAN DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBORTE EN VAN HET GESLACHT VAN HET KIND. BRUSSELS GEWEST. GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997.*



Invloed van persoonlijke karakteristieken

Er wordt waargenomen dat de moeders zonder diploma het minst huisbezoek hebben gehad na de geboorte! De moeders met de laagste inkomens werden daarentegen meer bezocht. Het kleine aantal hier betrokken moeders verhindert ons besluiten van betekenis te trekken.

De vrouwen die roken op het moment van hun bevalling verklaren minder vaak een bezoek na de geboorte te hebben gehad, maar dit wordt niet bevestigd na standaardisatie voor de leeftijd van de moeder.

Tabel 6.7.2.5 *HUISBEZOEK NA ONTSLAG UIT DE MATERNITEIT, PROPORITIE GECORRIGEERD VOOR DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBORTE(MCH25_1). BRUSSELS GEWEST, GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997.*

		PROPORITIE (%)	95% B.I.
GESLACHT VAN HET KIND	Jongen	57,6	(45,2-69,9)
	Meisje	49,2	(31,8-66,6)
ONDERWIJSNIVEAU	Geen diploma	45,5	(18,0-73,1)
	Lager	65,5	(30,9- 100)
	Lager secundair	39,9	(25,2-54,6)
	Hoger secundair	57,9	(42,3-73,6)
	Hoger	69,1	(57,0-81,2)
EQUIVALENT INKOMEN (BFR)	< 20.000	71,0	(48,6-93,3)
	20.000-30.000	42,3	(24,6-60,1)
	30.000-40.000	52,9	(31,0-74,7)
	40.000-60.000	69,1	(50,0-88,1)
	>60.000	61,4	(35,6-87,3)
GEZONDHEIDSBELEVING	Goed tot zeer goed	57,1	(44,6-69,6)
	Zeer slecht tot redelijk	59,0	(37,0-81,1)
ROOKGEWOONTEN	Neen	53,3	(42,0-64,6)
	ja	60,7	(41,7-79,6)

6.7.2.4.2. Wie verzekert de medische opvolging van de zuigelingen (Indicator MCH26_1)

Deze vraag liet meerdere antwoordtypes toe en is dus behandeld geweest als een vraag met meerdere antwoorden. De gebruikte denominator voor de percentages is het gewogen aantal van de personen die de optie kiezen. Het is dus mogelijk dat het totaal van een lijn 100 procent overschrijdt.

Voor Brussel zijn het de pediaters die het meest de nieuwgeborenen opvolgen: in 70% van de gevallen verklaren de bevraagde moeders hun kind tijdens het eerste levensjaar te laten volgen hebben door een pediater, in het ziekenhuis of in privé. Slechts 11% is opgevolgd geweest door de huisarts en 44,5% eveneens door het ONE/Kind en Gezin. Men zal verbaasd zijn deze relatief hoge cijfers voor het ONE/K&G te constateren, wanneer men het lage percentage van moeders ziet die het bezoek van een medisch-sociaal werker ontvangt, na hun bevalling.

Het onderwijsniveau lijkt geen grote invloed uit te oefenen op de opvolging van kinderen. Het inkomenniveau lijkt de opvolging van de zuigelingen slechts te beïnvloeden aangaande de frequentie van de raadplegingen van het ONE/K&G die omgekeerd met de inkomens vermindert.

De moeders die rookten op het moment van hun bevalling gaan een beetje meer naar de privépediater en minder naar het ONE/Kind en Gezin, maar het aantal vrouwen die rookten is zeer klein.

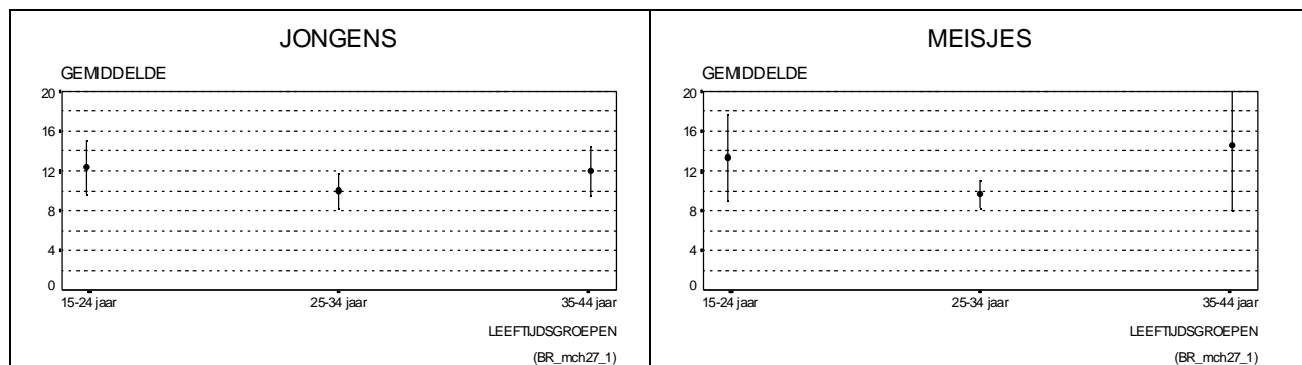
Over het algemeen bemerkt men niet veel variaties in functie van de bestudeerde socio-economische variabelen.

6.7.2.4.3. Gemiddeld aantal consultaties in de loop van het eerste levensjaar (MCH27_1)

In deze vraag werd aan de moeder gevraagd hoeveel keer haar kind gemiddeld gezien is geweest door een arts tijdens het eerste levensjaar. Er werd niet gepreciseerd of het om een preventieve of curatieve reden ging. De normen voor de preventieve opvolging zijn trouwens niet dezelfde voor het ONE en Kind en Gezin: de eerste beveelt negen bezoeken aan tijdens het eerste levensjaar, het tweede enkel zes, en dit, op re-

cente wijze (voor de kinderen van vijf jaar, vroeger waren andere normen in trek)(1,2,3). Men ziet bovendien in de antwoorden een effect van notoire afronding (op 10, 12, 15, en 20 keer). De voorgestelde cijfers zijn indicatief voor tendenzen, maar mogen niet "letterlijk" genomen worden.

FIGUUR 6.7.2.6. GEMIDDELD AANTAL MEDISCHE CONTROLES TIJDENS HET EERSTE LEVENSJAAR IN FUNCTIE VAN DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER EN VAN HET GESLACHT VAN HET KIND (INDICATOR MCH27_1) BRUSSELS GEWEST.GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997.



6.7.2.4.4. Vergelijkingen in functie van persoonlijke karakteristieken

De moeders met zeer hoge inkomens verbruiken minder dan de anderen. Diegenen met de laagste inkomens geven eveneens minder raadplegingen aan, maar dat is niet betekenisvol na standaardisatie voor de leeftijd.

TABEL 6.7.2.6; GEMIDDELD AANTAL MEDISCHE CONTROLES TIJDENS HET EERSTE LEVENSJAAR GECORRIGEERD VOOR DE LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE GEBOORTE (MCH27_1) BRUSSELS GEWEST.GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997.

		GEMIDDELDE	95% B. I.
GESLACHT VAN HET KIND	Jongen	10,0	(9,1-10,9)
	Meisje	9,9	(8,6-11,2)
ONDERWIJSNIVEAU	Geen diploma	12,7	(9,5-16,0)
	Lager	15,4	(12,3-18,4)
	Lager secundair	7,3	(6,1- 8,6)
	Hoger secundair	12,9	(11,3-14,4)
	Hoger	11,7	(8,7-14,7)
EQUIVALENT INKOMEN (BFR)	< 20.000	12,2	(8,9-15,4)
	20.000-30.000	12,3	(10,1-14,5)
	30.000-40.000	11,9	(9,4-14,4)
	40.000-60.000	13,7	(11,4-16,1)
	>60.000	7,2	(4,3-10,0)
GEZONDHEIDSBELEVING	Goed tot zeer goed	11,6	(10,3-12,8)
	Zeer slecht tot redelijk	13,6	(10,7-16,4)
ROOKGEWOONTEN	Neen	11,9	(10,6-13,2)
	Ja	12,6	(9,8-15,4)

6.7.2.4.5. Wie verzekert de vaccinaties van de zuigeling (MCH28_1)

Er werd gevraagd aan de moeders die een kind van minstens vijf jaar hadden op het ogenblik van het interview wie hun jongste kind had gevaccineerd. Wij hebben enkel de kinderen van minstens drie maanden, datum van de eerste vaccinatie, in aanmerking genomen.

Het ONE/K&G en de privépediaters delen de leiding door elk 41% van de doelgroep te vaccineren. Ongeveer 5% is gevaccineerd door een huisarts en 5% in de crèche. Men bemerkt 4% van de kinderen die niet zijn gevaccineerd.

Het zijn de jongste moeders die het meest naar het ONE en de huisarts gaan, en minder naar de pediater. Alle kinderen die als niet-gevaccineerd waren aangegeven hebben een moeder van de middelbare leeftijdsgroep.

Vergelijkingen in functie van persoonlijke karakteristieken

De laag of niet gediplomeerde moeders laten hun kind prioritair op het ONE vaccineren. De anderen gaan meer naar de pediater. Er is een duidelijk omgekeerde graad tussen het inkomenniveau en de frequentie van het ONE voor de vaccinaties. De moeders met de laagste inkomens gaan duidelijk minder vaak naar de pediaters.

Tenslotte gaan de moeders die rookten na hun bevalling duidelijk minder vaak naar het ONE/K&G, en vaker naar de pediaters.

6.7.2.5. Besluit

Misschien dienen de doelstelling en de inhoud van de huisbezoeken na de bevalling herzien te worden, daar er geen band lijkt te zijn tussen de frequentie van huisbezoeken en het aangegeven verbruik van het ONE/K&G, die dezelfde orde van grootte heeft voor de drie gewesten (tussen 38% en 44%).

De verschillen van gebruik van de huisartsen en de specialisten in de Vlaamse of Franstalige Gemeenschap in België is zonder twijfel gedeeltelijk verbonden aan de medische demografie, aan consumptiegewoonten, aan socio-economische karakteristieken, aan de doeltreffendheid van preventieve diensten, maar misschien ook aan de relatieve interesse en aan de aangepaste opleiding van de verschillende medische beroepen voor de preventieve aspecten van de gezondheid.

Naast de mogelijke ziekteperiodes, is het gemiddelde aantal medische contacten misschien verbonden aan de pluraliteit van het aanbod, aan levensvoorwaarden (voeding/passief roken...) en aan variabele normen, in de ruimte en in de tijd (verschillen tussen het noorden en het zuiden, talrijke variaties sinds enkele jaren, inclusief in de vaccinale kalender).

De preventieve structuren worden veel gebruikt om de kinderen te vaccineren. Zij worden blijkbaar minder erkend voor de aspecten opvolging en opsporing, aangezien een beetje minder personen deze structuren citeert als optredend in de opvolging van hun kind.

6.7.2.6. Bibliographie

1. Van de Putte, Ilse. Evaluatie van de vernieuwing in de preventieve zorg. Hoger Instituut voor de arbeid. Katholieke Universiteit Leuven. 182pp.1997.
2. Kind en Gezin. Info-Strategische Planning-Info. Planning.1997.
3. ONE.Prévention et petite enfance. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant. Bruxelles, 1997.