

Vroegtijdige opsporing van gehandicapte zuigelingen en peuters

DOOR H. J. VAN WIECHEN, ARTS*

In de jaren 1955 tot '66 kwamen in het Dr. Phelps Centrum voor spastische kinderen te Zwolle 133 patiënten ter behandeling die tot op dat moment geen enkele vorm van therapie kregen. Van deze 133 kinderen bleken 34 boven de vijf jaar te zijn (25,5 procent). Uitgaande van de conclusie dat bij spastische kinderen het zo vroeg mogelijk met fysiotherapie beginnen — te weten vóór het vijfde jaar — de beste resultaten geeft, blijkt dus een kwart van deze kinderen te laat te zijn herkend casu quo te zijn behandeld.

Deze onthutsende ervaring was de aanleiding een onderzoekmethode te ontwerpen die een zo vroeg mogelijke herkenning van spasticiteit mogelijk maakt. De test die ons voor ogen stond diende eenvoudig uitvoerbaar te zijn, uitgaande van de gedachte dat de test moest kunnen worden gebruikt voor allen die zich met het kind bezighouden (artsen, verpleegsters in de wijk zowel als op het consultatiebureau en ouders). Normale kinderen moeten de test feilloos kunnen afleggen. De test dient parallel te lopen met de normale ontwikkeling van het kind met zo mogelijk voor elke leeftijdsfase een specifiek kenmerk.

In Nederland is door *Prechtl en Beintema* een neurologisch onderzoek ontwikkeld voor het pasgeboren kind. Voor gebruik buiten de kliniek door paramedisch personeel is deze methode minder geschikt. Wij beperken ons tot kinderen ouder dan een maand tot en met de leeftijd van één jaar.

Beschrijving van de motorische ontwikkelings-test voor kinderen in de leeftijd van een maand tot en met een jaar (zie testformulier).

Leeftijd een maand. De handjes zijn links en rechts tot vuistjes gebald. Op zijn buik liggend moet de baby zijn kin van de onderlaag kunnen optillen. Hij moet met zijn beide ogen kort kunnen fixeren en kunnen kijken naar een lichtbron (lampje).

Van de bovengenoemde 133 kinderen had in ons centrum van zeven kinderen reeds een maand na de geboorte kunnen worden vastgesteld dat zij voor behandeling in aanmerking kwamen. Deze kinde-

ren hadden zelfs op latere leeftijd nog geen controle over hun hoofd. Een kind dat zijn kin niet van de onderlaag kan krijgen, heeft geen macht over zijn nekspieren. Hij heeft geen blik in de ruimte en kan dus nooit zitten, staan of lopen. Via onze ogen en halsspieren bepalen wij namelijk de stand van ons hoofd in de ruimte.

Leeftijd twee maanden. Het kind volgt graag bewegingen naar links en rechts en glimlacht vriendelijk. Het kan zijn borst even van de onderlaag optillen. Hierdoor blijkt of het kind kan zien en of het zich symmetrisch kan bewegen. De controle over het hoofd wordt groter; dit is het begin van de controle over het gehele lichaam.

Van de genoemde zeven kinderen had op de leeftijd van twee maanden zeker kunnen worden geconstateerd dat zij voor behandeling dienden te worden aangemeld. Immers, indien de kin in de eerste maand niet van de onderlaag komt, dan komt in de tweede maand de borst niet van de onderlaag. Indien de ogen in de eerste maand niet kort kunnen fixeren, kan het kind geen bewegingen volgen tijdens de tweede levensmaand.

Leeftijd vier maanden. Het kind kan thans zijn hoofd in zittende stand ophouden en fixeren. Het kan beide handjes ontspannen openen. Doet het dat met een handje niet, dan kan dit een aanwijzing zijn voor een hemiplegie. Het kind moet links en rechts volkomen gelijk reageren. Hij draait naar geluid, naar het klappen met de handen van de onderzoeker. Kan hij dat niet, dan bestaat de mogelijkheid dat het kind doof is. Hij kan met steun zitten en wat belangrijker is, hij speelt met beide handjes met zijn eigen vingers, links en rechts gelijk. Hij beweegt met armen, handen en vingers, terwijl wat betreft de beweeglijkheid geen verschil tussen links en rechts mag bestaan.

Hemiplegieën hadden op dit moment kunnen worden gevonden. Ook een paraplegie kan thans reeds worden gediagnosticeerd, omdat zelfs het zitten met hulp bij deze kinderen al moeilijkheden oplevert.

Nu gaat het kind beginnen met spreken, al gaat het maar om een oefenperiode van da, da, ga, ga;

* Medisch dagverblijf voor kinderen van de W. Phelps Stichting tot hulp aan spastische patiënten te Zwolle.

men dient te zijn gewaarschuwd indien het kind dit niet kan.

Leeftijd zeven maanden. Dit is een belangrijke leeftijd. Alle spastische patiënten dienen nu als zodanig te zijn herkend. Is de diagnose duidelijk, dan mag men nooit stellen dat de storing te gering is voor een actieve therapie, want wat nu gering lijkt, kan later een ernstig functieverlies tot gevolg hebben. Op deze leeftijd kan de baby zich omrollen van buik naar rug, over links of over rechts, maar nog niet van rug naar buik. Zijn romp volgt als het ware de draaibewegingen van het hoofd.

De baby kan bijna alleen zitten, maar hij heeft nog wel een steuntje nodig. De coördinatie — ogen en handen — komt op gang. Hij speelt met zijn handjes, links en rechts voor zijn oogjes, hij kan zijn handen richten naar iets wat hij ziet. Hij steekt alles met zijn linker- of rechterhand in zijn mond; op deze wijze leert het kind de wereld kennen. Het voelt wat warm, koud, rond, kantig, klein of groot is. Hij speelt met zijn voetjes en leert ook deze kennen. Deze kennis vormt de basis voor het lopen op latere leeftijd. De baby maakt geluidjes, is als het ware aan het vertellen.

De periode van zeven maanden is belangrijk in de ontwikkeling van de mens. Van de 133 in ons centrum opgenomen kinderen waren misschien 26 — de allerlichtste gevallen op deze leeftijd — moeilijk als zodanig herkenbaar geweest. 107 kinderen hadden op dit moment therapie moeten krijgen. Wij kregen van hen echter maar twee kinderen op deze leeftijd (1,5 procent).

Leeftijd tien maanden. Dit is de volgende belangrijke periode. Het kind kan nu zelfstandig zitten. Zijn vingervaardigheid neemt toe: hij kan met duim en wijsvinger iets pakken. Zijn plaats in de ruimte ontwikkelt zich, hij gaat voorwerpen in de ruimte hanteren. Hij heeft zijn handjes en voetjes leren kennen en kan deze nu gebruiken. Hij begint te kruipen en kan zich overeind trekken. Tot slot kan hij nadoen wat hij heeft gezien. Hij wuift dag-dag en zegt papa en mama.

Leeftijd een jaar. Een veel verdere uitbouw vooral van de fijne coördinatie vindt plaats in deze leeftijd. Het kind kruipt of loopt op handen en voeten. Hij staat met een steuntje. Hij kan een balletje terugduwen en geeft op verzoek een voorwerp aan. Hij kan twee stuks speelgoed in elkaar doen, bijvoorbeeld een bal in een doosje. Op zijn minst kent hij drie woorden.

Mogelijkheden van de test bij massaal onderzoek. De in het voorgaande besproken test is overzichtelijk op een formulier gedrukt. Wij hebben met deze

test gewerkt op het gewone huisartsensprekuur bij iedere baby onder het jaar. Een en ander bleek ongeveer vier minuten per kind in beslag te nemen wanneer men het gehele onderzoek afwerkte.

Nog minder tijd kost het, indien men de test uitvoert, rekening houdend met de kalenderleeftijd van het kind. Bij een kind van zeven maanden behoeft men de test slechts te doen tot deze leeftijd, de periode van tien of twaalf maanden kan dan achterwege blijven.

Bij ongeveer 30 gezonde babies werd deze test gebruikt. Al deze kinderen reageerden positief op de voor hun leeftijd geëigende testonderdelen, uitgezonderd één kind, dat niet op het handengeklap reageerde. Het kind bleek beiderzijds een tubaircartarre te hebben; het is na een jaar nog slechts in wisselende mate hardhorend. Als materiaal werd een zaklantaarntje en twee houten spatels gebruikt; deze laatste dienden om het kind ermee te laten spe-

Vervolgens werd de test op zijn bruikbaarheid getoetst door een collega die een consultatiebureau leidde. Deze ondervond als bezwaar dat, indien zij de test zelf deed, een en ander te veel tijd kostte. Zij gaf echter toe dat zij twee kinderen met een afwijkend patroon had gevonden, hetgeen zij anders niet zou hebben opgemerkt. De twee kinderen stuurde zij door naar de huisarts.

Om aan haar bezwaar tegemoet te komen, zal het wenselijk zijn de test te laten uitvoeren door verpleegsters aan het consultatiebureau. In korte tijd is dan signalering aan de arts van het consultatiebureau mogelijk en via deze kan de huisarts van een en ander op de hoogte worden gesteld.

Praktische toepassingen van de test. Behalve de mogelijkheid om kinderen met motorische achterstanden zo vroeg mogelijk op te sporen, biedt de gebruikte testmethode nog meer voordelen. Door deze test wordt door de handicap van het kind als het ware een motorische leeftijd bepaald. Bij een kind met een hemiplegie kan bijvoorbeeld de gezonde kant een motorische leeftijd hebben die overeenkomt met zijn kalenderleeftijd, zoals bij een normaal kind. De hemiplegische kant daarentegen is en blijft achter.

Van deze aangedane kant wordt de motorische leeftijd bepaald. De verhouding van de motorische leeftijd van de zieke kant tot de kalenderleeftijd geeft dan inzicht in de ernst van de afwijking. Indien bijvoorbeeld een kind van twaalf maanden met zijn rechter hemiplegische kant niet verder komt dan tot het niveau behorend bij een leeftijd van zeven maanden, dan wijst dit op een ernstige achterstand aan deze kant (7/12 of 58 procent van het normale), hoewel op het eerste gezicht de afwijking veel minder ernstig kan lijken.

Bij een volgende controle wordt weer de motori-

sche leeftijd van het kind bepaald. Is het percentage bij het ouder worden van het kind hetzelfde gebleven, dan is dus eigenlijk geen verbetering buiten de normale ontwikkeling van het kind opgetreden. Is het percentage hoger geworden, dan is het kind meer verbeterd dan zijn normale ontwikkelingspatroon deed verwachten. Hiermede kan de waarde van de therapie worden beoordeeld terwijl tevens een prognose kan worden gegeven.

De testresultaten geven bovendien duidelijk aan

op welke leeftijd het kind achterblijft en hiaten ver- toont. Dit wordt met de ouders besproken waarbij hun wordt uitgelegd, dat niet de kalenderleeftijd van het kind bepalend is, maar de ontwikkelings- leeftijd. Vanuit deze motorische ontwikkelingsleeftijd worden de ouders van het kind geïnstrueerd om uitgaande van dit ontwikkelingsschema het kind dagelijks te oefenen. *Köng* beveelt aan dit ge- durende een half tot een uur per dag te doen. De ouders mogen pas beginnen met een volgende oefe-

Testformulier.

Nummer:	Voornaam:	Geboorte datum:								Datum onderzoek 1:			
		1e		2e		3e		4e					
Maand		R	L	R	L	R	L	R	L				
	Kin van onderlaag									2:			
	Ogen fixeren kort									3:			
1	Kijkt naar lichtbron									4:			
	Hand tot vuist												
	Ortelani (congenitale heupluxatie)												
	Volgt graag bewegingen												
2	Glimlacht vriendelijk												
	Borst van onderlaag												
	Hoofd ophouden									SPRAAK			
	Draait naar geluid									1	2	3	4
4	Hand ontspannen geopend									da da, ga ga			
	Zitten met hulp												
	Betast zijn eigen vingers												
	Rolt zich om van buik naar rug												
	Kan bijna alleen zitten												
	Spel met ogen en handen									1	2	3	4
7	Kan ogen en handen gecoördineerd (handen voor ogen) gebruiken									Spreekt klinkers en medeklinkers uit			
	Steekt alles in de mond									Kraait			
	Grijpt naar eigen voeten									Met geluiden vertellend			
	Zit alleen												
	Plaatst duim en wijsvinger t.o. elkaar												
	Hanteert voorwerpen in de ruimte												
10	Kruipt									Mamma, papa			
	Trekt zich overeind												
	Wuift dag-dag												
	Kruipt of loopt op handen/voeten												
	Duwt bal terug												
1 jaar	Staat met steun									3 woorden			
	Geeft op verzoek voorwerp aan												
	2 stuks speelgoed in elkaar												

ning wanneer de oefeningen van de voorgaande ontwikkelingsleeftijd zijn voltooid. Zij hebben hiermede een behandelingsschema gekregen, dat hen in de praktijk ruggesteun geeft. Het enthousiasme om te oefenen neemt hierdoor belangrijk toe.

Als besluit kan nog het volgende worden vermeld. Op 1 mei '68 werd in tegenwoordigheid van huisartsen, consultatiebureau-artsen, wijkverpleegsters en vroedvrouwen genoemde motorische ontwikkelingsstap besproken en met films geïllustreerd. Vanaf die datum tot 31 december '71 werden 116 kinderen die nog nooit enige therapie hadden gehad, getest. Van hen was 31 procent onder de anderhalf jaar en 15 procent boven de vijf jaar, vergeleken met de cijfers 1956/66 9 procent onder de anderhalf jaar en 25,5 procent boven de vijf jaar.

Van deze 116 kinderen vertoonden 69 een spas-

tisch syndroom, twaalf van hen (17,5 procent) waren ouder dan vijf jaar, slechts vier waren jonger dan een jaar (6 procent). Behoudens vijf zeer lichte gevallen hadden bijna alle kinderen afwijkingen, die met behulp van deze test reeds voordat zij een jaar oud waren geworden, hadden kunnen worden gevonden. Met fysiotherapeutische behandeling had dan terstond een begin kunnen worden gemaakt.

Köng, E. Frühtherapie cerebraler Bewegungsstörungen. Vortrag am Neurologischen Fortbildungskurs in Düsseldorf, Mai 1971.

Precht, H. F. R. en D. Beintema. The Neurological Examination of the Full-Term Newborn Infant. Spastics International Medical Publications. London, William Heinemann. Medical Books Ltd., 1964

Wiechen, H. J. van. De resultaten van de poliklinische behandeling van kinderen met spastische paresen. Academisch proefschrift. Tjeenk Willink, Zwolle, 1964.

„Politici langs de lijn“; politieke en bestuurlijke aspecten van de wijkwelzijnszorg*

DOOR DR. E. DEKKER**

Definities. In de gezondheidszorg bestaan tussen artsen verschillende vormen van samenwerking, namelijk associatie, groepspraktijk en gezondheidscentrum. Wordt een verbinding gelegd tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening dan wordt gesproken van welzijnscentrum. Deze inleiding betreft laatstgenoemde instelling.

Doelstellingen. De doelstellingen van een gezondheidscentrum respectievelijk welzijnscentrum variëren naar de vooronderstellingen waarvan men uitgaat omtrent de ideale wijkwelzijnszorg. Twee hoofdrichtingen kunnen hierbij worden onderscheiden.

Richting A. In de kringen van de traditionele gezondheidszorg wordt gestreefd naar de vorming van groepspraktijken en gezondheidscentra met een driedig doel: een meer efficiënte praktijkvoering door concentratie van de administratie, inschakeling van hulpkrachten, wederzijdse hulpver-

lening; een kwalitatief betere praktijkvoering door multidisciplinaire samenwerking, meer studie en onderzoek; ontlasting van de individueel werkende arts door onder meer maatregelen die hem meer vrije tijd bezorgen.

Genoemde doelstellingen worden gekozen om de tekorten van de huidige gezondheidszorg op te vangen zoals het huisartsentekort en het gebrek aan multidisciplinaire samenwerking, beide bij uitstek zo noodzakelijk voor de bestrijding van psychosociale klachten.

Het model van de groepspraktijk en van het gezondheidscentrum wordt aangehangen binnen de gezondheidszorg*. Vooral het gezondheidscentrum wordt gezien als de meest progressieve oplossing van de inmiddels bekende structurele problemen. Een gezondheidscentrum omvat een groepspraktijk, een vroedvrouw, een maatschappelijk werkende, een of meer tandartsen en paramedisch personeel.

Naar mijn mening miskent een dergelijk model van de gezondheidszorg het onmiskenbare feit van de gewijzigde morbiditeit in de huisartspraktijk. De

* Voordracht, gehouden ter gelegenheid van het symposium „Meer lijn in de eerste lijn“ van de Medische Faculteit Rotterdam (M.F.R.), 19 februari 1972.

** Afdeling maatschappelijke gezondheidszorg van de M.F.R. De gedachten, die in dit artikel zijn verwerkt, vertegenwoordigen noch de mening van de Medische Faculteit Rotterdam, noch die van de Geneeskundige Hoofddirectie voor de Geestelijke Volksgezondheid van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op welk ministerie de schrijver zijn hoofdfunctie vervult.

* Wijkgezondheidszorg: Rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, nummer 13, 1969; de werkgroep Gezondheidscentra van de Ziekenfondsraad; de discussies in Medisch Contact 1971 en in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1967.