

# Jeugdgezondheidszorg

C. T. FELDMANN, V. W. G. HOGERVORST EN R. C. J. SMEENK

---

Wat is bekend omtrent het rendement van de toegenomen VTO-inspanningen van de laatste jaren? Afwijkingen aan het gehoor- en gezichtsvermogen kunnen door eenvoudige procedures in het tweede levenshalfjaar worden gesignaleerd en behandeld, met belangrijke winst voor de ontwikkeling van de kinderen. De opsporing van heupafwijkingen is problematisch, doordat het uit therapeutisch oogpunt meest ideale screeningsmoment door organisatorische en financiële problemen onvoldoende kan worden benut. De opsporing gaat onvermijdelijk gepaard met het vinden van grote aantallen 'fout-positieven', maar behandeling van de gevonden afwijkingen op zo jong mogelijke leeftijd is de enige manier om later invaliditeit bij een gedeelte van deze groep te voorkomen. De psychomotorische ontwikkelingsstoornissen beslaan een breed terrein, terwijl een concrete omschrijving van wat opgespoord moet worden, ontbreekt. De gestandaardiseerde procedures die ontwikkeld zijn voor signalering van dit soort stoornissen zijn complex en tijdrovend. Ouders verwachten naast dit alles een luisterend oor en advisering betreffende hun – soms triviale – vragen. Het afwijkingsgerichte denken kan een bedreiging inhouden voor andere onderdelen van het consultatiebureauwerk.

---

## Inleiding

Sinds 1972 betekent 'jeugdgezondheidszorg' positieve en preventieve gezondheidszorg voor de jeugd;<sup>1</sup> de curatieve gezondheidszorg valt hier dus buiten.

Hoewel huisartsen zich in de eerste plaats met curatieve gezondheidszorg bezighouden, is een artikel over jeugdgezondheidszorg in een tijdschrift voor huisartsen niet misplaatst. In het 'Basis-takenpakket van de huisarts' wordt de preventieve zorg voor jeugdigen van 0-4 jaar gerekend tot de verantwoordelijkheid van de huisarts, zij het dat de uitvoering dikwijls aan anderen wordt overgelaten.<sup>2</sup> Buiten de grote steden wordt een belangrijk deel van de georganiseerde jeugdgezondheidszorg ook daadwerkelijk door huisartsen uitgevoerd, in samenwerking met wijkver-

pleegkundigen; *Crebolder* noemt voor Limburg een aandeel van 70 procent.<sup>3</sup> Hoewel de huisartsen doorgaans niet meer dan twee tot vier consultatiebureauzittingen per maand houden, wordt door de gezamenlijke Nederlandse huisartsen veel tijd en energie aan de jeugdgezondheidszorg besteed.<sup>4</sup>

In de schaarse artikelen in *Huisarts en Wetenschap* die de jeugdgezondheidszorg tot onderwerp hadden,<sup>5,6</sup> stond vooral de vraag centraal tot wiens terrein de jeugdgezondheidszorg behoort. In *Medisch Contact* zijn meer bijdragen aan deze discussie te vinden, die – oneerbiedig gezegd – vrijwel steeds neerkomen op het preken voor eigen parochie.<sup>7-10</sup>

De lezer zal in dit artikel geen uitspraak vinden over de vraag wiens zorg de jeugdgezondheidszorg nu eigenlijk is of zou moeten zijn. Wel gebiedt de eerlijkheid te vermelden dat deze bijdrage is geschreven door drie huisartsen die met veel plezier consultatiebureauwerk voor zuigelingen en kleuters doen of hebben gedaan. Bovendien is er impliciet van uitgegaan dat het consultatiebureau als organisatievorm voor zorgverlening nu en in de toekomst bestaansrecht heeft.

Dit artikel is het verslag van een oriënterende literatuurstudie naar de wetenschappelijke fundering van een aantal deelgebieden van het consultatiebureauwerk. De nadruk zal daarbij liggen op de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO), omdat dit aspect de laatste 10 à 15 jaar toenemend in de belangstelling is komen te staan. Anderzijds is de VTO interessant, omdat juist op dit terrein de jeugdartsen specifiek deskundig zeggen te zijn.

De leidende vraag van het verrichte literatuuronderzoek was: wat is bekend omtrent het rendement van de toegenomen VTO-inspanningen van de laatste jaren? Daarnaast zal een aantal specifieke vormen van VTO aan de orde komen, waarbij de keuze is gevallen op procedures voor de opsporing van congenitale heupafwijkingen, zintuigstoornissen en psychomotorische ontwikke-

lingsstoornissen. Per onderwerp zal worden aangegeven welk evaluerend onderzoek is gedaan. Wat is de winst van vroege opsporing? Wat is bekend van sensitiviteit en specificiteit van de gebruikte opsporingsmethoden? Zijn er betere methoden en zijn deze realiseerbaar?

## Literatuur

Voor de literatuurverkenning is gebruik gemaakt van de in 1987 gepubliceerde NIVEL-studie 'De zorg voor zuigelingen en kleuters'.<sup>4</sup> Hierin vermelde literatuur die betrekking had op onze invalshoek, is gericht aangevraagd. Daarnaast is gebruik gemaakt van de inhoudsopgaven van *Medisch Contact*, *Huisarts en Wetenschap*, het *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg* en het *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* onder de trefwoorden Jeugdgezondheidszorg (evaluatie), Vroegtijdige onderkenning, en specifieke onderwerpen. Wat deze laatste betreft, is tevens het trefwoordensysteem van de Leidse Kliniek voor Kindergeneeskunde geraadpleegd om ook internationale ontwikkelingen op het spoor te komen. Een aantal publikaties over VTO werd achterhaald via de VTO-bibliografie 1986/1987 van het NIPG te Leiden.

De aandacht is vooral gericht op publikaties in de vijf meest recente jaargangen; voor zover wenselijk zijn ook oudere artikelen geraadpleegd. Dat deze literatuurverkenning niet volledig is geweest, moge duidelijk zijn.

## VTO

Aan de basis van de VTO-gedachte liggen de ervaringen van ouders van ernstig gehandicapte kinderen. Dikwijls kwamen zij pas na herhaaldelijk ten onrechte gerustgesteld te zijn, en na een langdurige zwerftocht van instelling naar instelling, op het juiste adres terecht. In 1976 werd door staatssecretaris Hendriks de Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen geïnstalleerd. De commissie kreeg als opdracht het kritisch beoordelen, stimuleren en coördineren van werkzaamheden op het gebied van de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen tot het moment dat verdere opvang en begeleiding gerealiseerd was.

In 1979 publiceerde deze commissie een eerste rapport, waarin op grond van literatuuronderzoek de verwachting werd uitgesproken dat 5-10 procent van de jaarlijks geboren kinderen een ont-

wikkelingsstoornis zou gaan vertonen. De commissie signaleerde het probleem van de definiëring van het begrip ontwikkelingsstoornis, maar bood hiervoor geen oplossing.

In 1983 schreef *Swaak*: 'Het kan niet worden ontkend dat de collectief preventieve zorg voor het jonge kind mank gaat aan een gebrek aan fundamenteel epidemiologisch wetenschappelijk onderzoek ten aanzien van wat men wil voorkomen, bij wie, wanneer en op welke wijze en door wie.'<sup>11</sup> De Landelijke Commissie VTO omschreef het begrip ontwikkelingsstoornis als: een opvallende afwijking van de gebruikelijk te verwachten ontwikkeling, zodanig dat de persoon zelf en/of de omgeving deze als negatief ervaren.

Dat het aldus omschreven begrip 'ontwikkelingsstoornis' in de praktijk niet gemakkelijk te hanteren is, blijkt onder meer uit een in Rotterdam verricht onderzoek.<sup>12</sup> Het doel van dit onderzoek – het verwerven van meer inzicht in de bijdrage die de jeugdgezondheidszorg kan leveren aan vroegtijdige onderkenning – kon slechts gedeeltelijk worden gerealiseerd doordat de betrokken bureauteams het begrip 'ontwikkelingsstoornis' op verschillende wijze uitlegden. De dynamische aspecten van de wisselwerking tussen kind en omgeving werden de ene keer wel, de andere keer niet tot de ontwikkelingsstoornissen gerekend.

*De Winter*, beleidsmedewerker bij de Nationale Kruisvereniging, promoveerde in 1986 op een proefschrift getiteld 'Het voorspelbare kind'.<sup>13</sup> Het proefschrift behelst een uitvoerig literatuur-, archief- en vragenlijstonderzoek naar de achtergronden en de betekenis van het verschijnsel VTO. Hij duidt VTO als uitvloeisel van een sociaal-historisch geconstrueerde visie op gezondheid en gezondheidszorg – een visie waarin gestreefd wordt naar steeds verdergaande beheersing van het proces van voortplanting en het produkt daarvan. *De Winter* betoogt dat de screeningsideologie, die uitgaat van het axioma dat het ernstiger is een ziekte over het hoofd te zien dan een gezonde te behandelen, consequenties heeft voor de relatie tussen hulpverleners en ouders, maar ook voor die tussen ouders en kinderen. Hij heeft het in dit verband over 'wetenschappelijk ouderschap'.

*De Winter* pleit voor meer aandacht voor de totale effecten van de VTO-benadering. Afweging van de kosten en baten van iedere mogelijk screeningsprocedure apart is onvoldoende: kinderen en ouders krijgen met het geheel te

maken. In een recent artikel bepleit *De Winter* het ontwikkelen van protocollen voor de diverse VTO-procedures. De gevolgde procedures zullen hierin moeten worden geëxpliciteerd, zowel inhoudelijk als procesmatig. Dergelijke stroomschema's kunnen ook voor ouders inzichtelijk worden gemaakt.<sup>14</sup>

Het ligt niet in de lijn van dit artikel om deze discussie verder uit te diepen. In het vervolg zal een beperkt aantal 'opsporingsprocedures' de revue passereren.

### **Congenitale heupluxatie en heupdysplasie**

In 1971 schreef *Chochrane* al dat slechts voor een zeer beperkt aantal afwijkingen screening op zowel wetenschappelijke als financiële gronden algemeen aanvaardbaar wordt geacht. In dit verband noemde hij onder meer de congenitale heupluxatie.<sup>15</sup> Overwegingen zijn de eenvoudige behandeling op zuigelingenleeftijd en de ernstige invalidering op latere leeftijd wanneer geen behandeling heeft plaatsgevonden. Vergelijkend onderzoek met controlegroepen is nooit verricht vóór de implementatie van de procedure, maar wordt nu onuitvoerbaar geacht. De vraag is echter of kort na de geboorte alle heupafwijkingen kunnen worden opgespoord, en of alle opgespoorde afwijkingen zich zonder behandeling tot dysplasie op volwassen leeftijd zouden ontwikkelen.

Er zijn verschillende onderzoeksmethoden voor het opsporen van aangeboren heupafwijkingen:

- De handgreep van Ortolani is gericht op het diagnostiseren van een geluxeerde heup direct na de geboorte. De incidentie hiervan wordt voor West-Europa opgegeven tussen 1 en 11 pro mille.<sup>16</sup>
- Instabiele of luxeerbare heupen kunnen worden opgespoord met de handgreep van Barlow. Voor geluxeerde en instabiele heupen samen wordt een incidentie opgegeven van 8 tot 40 pro mille. Veel van de instabiele heupen (congenitale slapte van de heupkapsel) herstellen snel na de geboorte. Ongeveer 20 procent ontwikkelt zich echter tot dysplasie of luxatie.<sup>17</sup>
- Heupdysplasie – een afwijking van het pandak die zich pas in de loop van de eerste levensmaanden gaat manifesteren – kan bij baby's van enkele maanden oud worden opgespoord door middel van de abductietest.

In de literatuur zijn over de sensitiviteit en specificiteit van deze drie onderzoeksmethoden geen nauwkeurige gegevens te vinden. Wel is duidelijk dat de

specificiteit laag is en dat de sensitiviteit sterk wordt beïnvloed door de ervaring van de onderzoeker.

Landelijke cijfers voor heupdysplasie zijn niet bekend. Bij onderzoek in Groningen (1976 en 1984) werd een door röntgenonderzoek bevestigde incidentie van 39 respectievelijk 27 pro mille gevonden bij respectievelijk 1000 en 2000 baby's.<sup>18</sup> Dit is veel hoger dan de incidentie van blijvende dysplasie, die circa 1 pro mille zou bedragen (in jaargroepen uit de tijd vóór de gerichte opsporing).

In Zweden wordt systematische screening op heupafwijkingen verricht bij alle pasgeborenen door een beperkt aantal goed geïnstrueerde artsen. Gemiddeld wordt bij 12 per 1000 pasgeborenen een heupafwijking vastgesteld, met een spreiding van 2 tot 46 pro mille in de verschillende districten. Het aantal late diagnosen (later in het eerste levensjaar) daalde met 50 procent na invoering van de neonatale screening. De grote spreiding wijst vooral op interpretatieverschillen tussen de onderzoekers.<sup>19</sup>

Aangezien de behandeling kort na de geboorte het eenvoudigst is en minder risico's met zich meebrengt dan op latere leeftijd,<sup>16</sup> lijkt de opsporing van heupafwijkingen bij pasgeborenen het meest aantrekkelijk. Behandeling van alle zuigelingen met instabiele heupen betekent echter dat circa 80 procent onnodig behandeld wordt. Tot nu toe is er geen mogelijkheid om er achter te komen welke 80 procent.

In Nederland wordt neonatale screening met voldoende deskundigheidsgarantie organisatorisch niet uitvoerbaar geacht.<sup>16</sup> Aanbevolen wordt regelmatig onderzoek te doen op de zuigelingenleeftijd in verband met het grillige verloop van de aandoening. Anamnestiche risicofactoren (stuitbevalling, voetafwijkingen en positieve familie-anamnese) moeten leiden tot extra alertheid.<sup>20</sup> Ook bij signalering op de leeftijd van enkele maanden geldt dat een veelvoud van de potentieel blijvende afwijkingen behandeld zou worden, als de Groningse cijfers representatief zijn.<sup>18</sup>

Röntgenonderzoek is mogelijk vanaf de leeftijd van drie maanden. Een bezwaar hiervan is de stralingsbelasting. Een interessante ontwikkeling is het echografisch onderzoek van het heupgewricht. Dit heeft geen schadelijke bijwerking en is daarom theoretisch geschikt voor bevestiging van de diagnose en voor screening. Uit recent onderzoek blijkt dat met behulp van echografie

onderscheid kan worden gemaakt tussen een instabiel maar morfologisch normaal heupgewricht en een echt dysplastisch gewricht. Dit leidt tot een aanzienlijke daling van het aantal 'fout-positieve' diagnoses bij pasgeborenen. Voor screening is echografie nog niet geschikt, omdat naast een aantal dysplasiën dat fysisch-diagnostisch niet op te sporen is, een grote groep nieuwe 'fout-positieven' zou worden geïntroduceerd.<sup>21</sup> Betrouwbare uitspraken over sensitiviteit en de specificiteit van deze methode zijn (nog) niet te geven, maar beide lijken veelbelovend.<sup>22 23</sup>

## Visusstoornissen

Bij visusstoornissen op jonge leeftijd is over het algemeen sprake van strabismus en/of amblyopie. Vroegtijdig onderkennen van visuele stoornissen (VOV) – met name voor het tweede levensjaar – wordt door vele onderzoekers aanbevolen.<sup>24-26</sup>

Strabismus komt voor bij 5 procent van de totale bevolking. In het eerste levensjaar is de incidentie 2,7 pro mille, in het tweede levensjaar 1,2 pro mille.<sup>25</sup> De prevalentie van amblyopie in de bevolking is 2 procent. In circa 50 procent van de gevallen leidt strabisme tot amblyopie. Circa 30 procent van de verwijzingen vanuit het kleuterconsultatiebureau betreft visusstoornissen (amblyopie/strabisme en refractieafwijkingen).<sup>27</sup>

De resultaten van de behandeling van amblyopie- en strabisme zijn gunstiger, naarmate deze vroeger aanvangt. Bovendien is de behandeling voor ouder en kind dan minder belastend.<sup>25 26</sup> Strabisme in het eerste levensjaar kan een complicatie zijn van een perinatale cerebrale laesie en zegt dan iets over de neurologische conditie van het kind. Ook kan strabisme een complicatie zijn bij organische oogafwijkingen. De frequentie hiervan is gering (prevalentie 2 procent), maar vroege opsporing is belangrijk in verband met behandeling, begeleiding en genetische adviezen.

Als methode van onderzoek wordt gepleit voor een algemene screening voor visusstoornissen op de leeftijd van 8-9 maanden, met een herhaling in het derde levensjaar.<sup>28</sup> Het onderzoek op de zuigelingenleeftijd bestaat uit:

- bepaling van de oogstand door middel van reflexbeeldjes;
- afdektest ter bepaling van manifest of latent strabisme;
- inspectie van de helderheid van de cornea, de vorm van de pupil en de pupilreacties op licht;

- onderzoek van de volgbewegingen van de ogen.

In een proefopzet waarin het onderzoek werd uitgevoerd door getrainde orthoptisten, bleek circa 45 procent van de opgespoorde afwijkingen fout-positief te zijn. Het aantal fout-negatieven (dus later ontdekte afwijkingen) was verwaarloosbaar.<sup>28</sup>

Het visusonderzoek wordt in Nederland vanaf 3-jarige leeftijd verricht met behulp van de Amsterdamse Plaatjes Kaart. Het nadeel hiervan is dat de visusafwijkingen relatief laat worden opgespoord. Bovendien wordt de uitkomst sterk beïnvloed door niet met de visus samenhangende factoren, zoals late spraak en verlegenheid van het kind. Onderzoek naar de validiteit van de Amsterdamse Plaatjes Kaart voor het visusonderzoek op het consultatiebureau, heeft nog niet geleid tot hanteerbare conclusies.<sup>29 30</sup>

## Gehoorstoornissen

Doofheid en slechthorendheid worden als termen door elkaar gebruikt. Absolute doofheid is zeldzaam. Ernstige slechthorendheid komt voor bij 1 op de 1000 pasgeborenen. Met de leeftijd neemt de prevalentie toe tot circa 2 pro mille onder jeugdigen tot 19 jaar.<sup>31</sup>

- Er zijn 3 soorten gehoorverlies:
- perceptieverlies: dit is meestal aangeboren (1 pro mille);
  - geleidingsverlies: meestal voorbijgaand, ten gevolge van middenoor-aandoeningen (OME = otitis media effusa);
  - gemengd verlies.

Middenoorontsteking neemt een bijzondere plaats in, omdat het een van de meest voorkomende aandoeningen bij kinderen tot 7 jaar is. Otitis media leidt tot veel passagere geleidingsstoornissen, met een gemiddelde duur van 2-3 maanden. Een derde van de kinderen lijdt een of meer malen aan een otitis media. Een belangrijke factor is het tijdstip van eerste optreden. Is dit in het eerste levensjaar, dan is de kans op herhaling groot. Ook de duur van de episode en de ernst van het gehoorverlies zijn van belang voor de prognose. Er zijn sterke aanwijzingen dat het betrekkelijk grote aantal kinderen dat bij de eerste gehoorscreening onvoldoende reageert, te wijten is aan middenoorontsteking.<sup>32</sup> De vraag is of dit fout-positieven zijn of niet.

In 1986 bracht de *Gezondheidsraad* een advies uit inzake otitis media. Daarin wordt gesteld dat er op dit moment onvoldoende epidemiologische gege-

vens beschikbaar zijn om een goed inzicht te geven in het natuurlijke verloop van de ziekte. Nader onderzoek is nodig op het gebied van screening (validiteit van testmethoden voor otitis media) en epidemiologie. Daarnaast is er een behoefte aan klinisch wetenschappelijk en fundamenteel onderzoek inzake otitis media. De Raad is daarom van mening dat voorlopig geen screening op geleidingsdoofheid noodzakelijk of wenselijk is.<sup>33</sup>

Vroege opsporing van gehoorstoornissen is met eenvoudige middelen mogelijk. Vroegtijdige behandeling beperkt de schade aan de ontwikkeling van het kind. Voor de taalontwikkeling is er een kritieke periode van 9 maanden tot 2 jaar. Onbehandelde slechthorendheid in de eerste twee levensjaren leidt tot irreversibele beschadiging van het taalvermogen.<sup>34</sup>

In 1974 werd op de Nova Scotia Conference on early Identification of Hearing Loss een reeks internationaal gesteunde aanbevelingen gedaan:

- een 'high risk'-register van pasgeborenen met gehoorverlies in de familie, maternale rubella, geboortegewicht <1500 g, congenitale misvormingen, apgarscore 1-4, hyperbilirubinemie en neonatale sepsis;
- gehoorgedragtest voor pasgeborenen;
- testen van het gehoor later in de zuigelingenperiode;
- op de leeftijd van 2 jaar onderzoek van gehoor, taal en spraakfunctie;
- verplichte periodieke screening op de schoolleeftijd.<sup>35</sup>

In Nederland worden op de zuigelingenleeftijd drie screeningstests gebruikt: de Ewing-test, de Boel-test en de gehoorgedragtvragenlijst van Swaak. De sensitiviteit van de Ewing- en de Boel-test is zeer hoog; de specificiteit van de Ewing-test ligt mogelijk iets gunstiger (70 versus 71 procent).<sup>36</sup> De voorspellende waarde van een positieve testuitslag is van beide onderzoeken zeer laag, door de lage prevalentie van ernstige gehoorstoornissen (8 à 10 per 10.000 kinderen in Nederland en Zweden). De predictieve waarde van een negatieve testuitslag is door dezelfde oorzaak vrijwel 100 procent.

De Boel-test is iets eenvoudiger uitvoerbaar. Door de screening in de consultatiebureau setting worden in Nederland verreweg de meeste gevallen van de op zuigelingenleeftijd aanwezige ernstige gehoorstoornissen vóór het tweede levensjaar ontdekt.<sup>35</sup>

## Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen

Vroegtijdige onderkenning van psychomotorische ontwikkelingsstoornissen is vooral gepropageerd door personen (zowel ouders als behandelaars) die rechtstreeks met ernstig gehandicapte kinderen te maken hadden. De eerste initiatieven waren afkomstig uit de zwakzinnigenzorg, aan het begin van de jaren zestig. Later in de jaren zestig werden methoden ter opsporing van spasticiteit gesystematiseerd. *De Winter* geeft in zijn proefschrift deze ontwikkelingen uitvoering weer.<sup>13</sup>

Het gaat hier om problematiek van een fundamenteel andere orde dan congenitale heupluxatie, slechthoerendheid of amblyopie. Het gaat om stoornissen die qua aard niet omschreven en moeilijk af te grenzen zijn – laat staan dat zij via een eenduidige methode op te sporen of te behandelen zouden zijn. De elementaire voorwaarden voor een screeningsprocedure ontbreken dus.<sup>37</sup>

Sinds het begin van de zestiger jaren zijn verschillende instrumenten ontwikkeld, gericht op het vroegtijdig signaleren van kinderen met psychomotorische ontwikkelingsstoornissen. In Nederland bracht Van Wiechen een schema, dat in eerste instantie bedoeld was voor het onderkennen van spasticiteit in het eerste levensjaar; in de Verenigde Staten kwam Frankenburg met de Denver Developmental Screening Test, die signalering op vier velden beoogde: grove en fijne motoriek, adaptatie, spraak en taal, persoonlijkheid en gedrag.<sup>13</sup>

*Schlesinger-Was* bouwde in de zeventiger jaren voort op het eerder verrichte werk. Zij deed een prospectief onderzoek met een looptijd van zes jaar, waarmee zij wilde bijdragen tot meer aandacht voor de ontwikkeling van het gezonde kind; anderzijds hoopte zij door vroegtijdige signalering de kansen voor het gehandicapte kind te verbeteren. Voor een groot aantal ontwikkelingsitems werden P<sub>10</sub>-, P<sub>50</sub>- en P<sub>90</sub>-waarden vastgesteld. Zij concludeerde echter dat doeltreffende screening op ontwikkelingsstoornissen op grond van vertraagde ontwikkeling alleen niet mogelijk is door de grote normale spreiding. Het signalerend vermogen van het instrument kon worden verhoogd door onderzoek naar een aantal pathologische neurologische symptomen in te bouwen.<sup>38</sup> Op grond van de resultaten van dit onderzoek werd een definitieve versie van het 'Psychomotorisch onderzoekschema 0-15 maanden' ontwikkeld – waarvan verwacht wordt dat het een

belangrijk hulpmiddel kan zijn bij het signaleren van kinderen met een gestoorde ontwikkeling.

*Schlesinger-Was* betoogde in 1985 dat het (gewijzigde) schema van Van Wiechen geen screeningsinstrument is, maar een hulpmiddel bij het volgen van de ontwikkeling.<sup>39</sup> *De Winter* concludeerde dat het gaat om een onrijp instrument. Onbekend is hoeveel het precies bijdraagt aan vroegtijdige onderkenning van welke aandoeningen, wat de voorspellende waarde is van de test(reeks) en wat het rendement voor de vroegtijdig (hoe vroeg?) gesignaleerde kinderen.<sup>13</sup>

In dit kader is het interessant de vraag te stellen hoeveel kinderen met meer omschreven mentale en/of motorische stoornissen zich reeds in bekende risicogroepen bevinden. In een groot prospectief onderzoek bleek bij 85 procent van de ernstig mentaal geretardeerde kinderen, en bij 45 procent van de matig geretardeerde kinderen een pre-, peri- of postnatale risicofactor aanwijsbaar.<sup>40</sup> Voor spasticiteit zijn door diverse onderzoekers risicofactoren in kaart gebracht. Genoemd worden in de eerste plaats laag geboortegewicht en korte zwangerschapsduur.<sup>42</sup>

In een langlopend, prospectief onderzoek dat 45.000 kinderen omvatte, bleken associaties te bestaan tussen enerzijds spasticiteit en anderzijds mentale retardatie of epilepsie bij de moeder.<sup>42</sup> Ook bleek bij spastische kinderen vaker een positieve familie-anamnese voor spasticiteit aanwezig dan in een controlegroep (60 procent tegen 20 procent).<sup>43</sup> De aard van de mogelijke genetische factor is vooralsnog onduidelijk.

De prevalentie van spasticiteit bedraagt circa 2 per 1000 geboorten. Bij follow-up onderzoek op 4-8-jarige leeftijd blijkt ruim 25 procent daarvan ernstig gehandicapt door heupproblemen (flexie- en of adductiestand).<sup>44</sup>

Hoewel vroege behandeling van spasticiteit algemeen wordt bepleit, zijn gegevens over de winst op lange termijn van de vroege behandeling moeilijk te vinden. In Japan beschrijft *Kanda* een stabiel looppatroon bij een kleine groep kinderen die vanaf de zesde levensmaand werd behandeld.<sup>45</sup>

### Vroegtijdige onderkenning door ouders

Een andere benadering van vroegtijdige onderkenning is het actief inschakelen van ouders. *Sonnander* legde een vragenlijst met 40 items voor aan ruim 300 ouders van kinderen van 18 maanden

oud. Follow-up onderzoek werd verricht na 8 en na 14 jaar. De ouders bleken goed in staat de lijst in te vullen, en de lijst bleek bruikbaar als voorspeller van vertraagde ontwikkeling. Er konden kinderen worden gesignaleerd die nog niet eerder als achterblijvers waren geïdentificeerd.<sup>46</sup> Dit wijst erop dat van de observaties van ouders meer en beter gebruik zou kunnen worden gemaakt. Wat de winst was voor de kinderen, wordt niet vermeld.

Ook in de Nederlandse discussie over VTO wordt het 'met een open oor en oog luisteren' naar ouders gezien als een belangrijk instrumentarium voor VTO.<sup>4</sup>

## Consumentenonderzoek

Er is ook onderzoek verricht naar wat ouders verwachten van het consultatiebureau, en hoe tevreden zij zijn over wat zij aantreffen.

De uitkomsten van dergelijke onderzoeken zijn niet eenduidig. Uit een niet-representatieve enquête onder lezers van 'Ouders van nu' en 'Kinderen' kwam nogal wat onvrede naar voren: te weinig tijd voor het aandragen van eigen problemen en vragen, het medisch onderzoek zou oppervlakkig geschieden en de baby moest aan allerlei 'eisen' voldoen.<sup>4</sup>

Uit een onderzoek door het NIVEL bleek de behoefte aan meer informatie over veiligheid, babykwaaltjes, opvoeding en gebruik van medicijnen. Anderzijds vonden dezelfde onderzoekers dat de ouders het consultatiebureau vooral bezoeken, omdat het kind er wordt ingeënt en omdat het regelmatig wordt onderzocht; 90 procent van de ouders komt vooral omdat ze willen weten of hun kind zich goed ontwikkelt en gezond is. Het stellen van vragen over voeding en ontwikkeling scoort lager; onzekerheid wordt door 29 procent van de ouders als belangrijke reden gegeven.<sup>4</sup>

## Beschouwing

Het eerste consultatiebureau voor zuigelingen werd in 1901 door Plantenga in Den Haag opgericht, met de bedoeling door goede voorlichting aan moeders de toen nog zeer hoge zuigelingensterfte (tot 30 procent) terug te dringen. De taken van het consultatiebureau anno 1988 worden aanzienlijk ruimer gesteld – terwijl de zuigelingensterfte is gedaald tot een fractie van het cijfer aan het begin van deze eeuw.

Een belangrijk accent is komen te liggen op het vroegtijdig onderkennen

van afwijkingen en stoornissen. Afwijkingen aan het gehoor- en gezichtsvermogen kunnen door eenvoudige procedures in het tweede levenshalfjaar worden gesignaleerd en behandeld, met belangrijke winst voor de ontwikkeling van de kinderen. De hinder voor het aanzienlijke aantal kinderen dat ten gevolge van de testprocedure overbodig onderzoek ondergaat (de fout-positieven), is men geneigd hierbij op de koop toe te nemen.<sup>15 24-26</sup> In Nederland is inmiddels het systematische gehooronderzoek op zuigelingenleeftijd aanmerkelijk meer ingeburgerd dan het visusonderzoek.

De opsporing van heupafwijkingen is problematisch, daar het uit therapeutisch oogpunt meest ideale screeningsmoment – kort na de geboorte – in Nederland door organisatorische en financiële problemen onvoldoende kan worden benut. De opsporing van heupafwijkingen, zowel neonataal als later in het eerste levensjaar, gaat onvermijdelijk gepaard met het vinden van grote aantallen 'fout-positieven', die met de huidige onderzoeksmethoden niet van de echte positieven te onderscheiden zijn. Behandeling van de gevonden afwijkingen op zo jong mogelijke leeftijd is de enige weg om later invaliditeit van een gedeelte van de groep met afwijkingen te voorkomen.

De psychomotorische ontwikkelingsstoornissen beslaan een breed terrein, waarop signalering wordt verwacht van iedereen die met een kind te maken heeft, terwijl een concrete omschrijving van wat opgespoord moet worden, ontbreekt. De gestandaardiseerde procedures die ontwikkeld zijn voor signalering van stoornissen op dit brede terrein door consultatiebureau-medewerkers, zijn complex en tijdrovend.

Het gewijzigde schema van Van Wiechen is een waardevol instrument, omdat het een referentiekader biedt aan iedereen die zich met de ontwikkeling van jonge kinderen bezighoudt, en vooral ook omdat het duidelijk maakt hoe groot de spreiding is binnen de 'normale' ontwikkeling. Voor stelselmatige toepassing van alle onderdelen van het schema bij alle kinderen die het consultatiebureau bezoeken, zijn geen argumenten gevonden. In de meeste gevallen zou volstaan kunnen worden met de mededelingen van ouders en het vastleggen van enkele mijlpalen. Het meer uitgebreide onderzoek kan dan worden gereserveerd voor kinderen met een verhoogd risico voor afwijkingen, op grond van signalen van ouders of op grond van de voorgeschiedenis en/of de

familie-anamnese. Op deze wijze blijft meer tijd over voor andere taken, zoals 'beïnvloeding in positieve zin van de wisselwerking tussen gezondheid en milieu' en het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Ouders verwachten gedegen onderzoek, maar ook een luisterend oor en advisering betreffende hun meer of minder triviale vragen. Het afwijkingsgerichte denken kan een bedreiging inhouden voor andere onderdelen van het consultatiebureauwerk. Zeker moet op het consultatiebureau plaats worden ingeruimd voor een beperkt, kritisch afgewogen VT0-pakket. Bezinning op de inhoud en totale omvang van dit pakket is dringend geboden, alvorens het consultatiebureau aftoefiert tot een efficiënt een goed geoutilleerd testbureau, waar 'gezondheidsbrevetten' worden afgegeven. Een consultatiebureau met beperkt VTO-pakket is ook door huisartsen, in intensieve samenwerking met wijkverpleegkundigen, goed uitvoerbaar.

<sup>1</sup> Anoniem. 'Jeugdgezondheidszorg'. Den Haag: Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne, 1972.

<sup>2</sup> Anoniem. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1984.

<sup>3</sup> Crebolder HFJM, Van de Wouw H. Voorwaarden en normen voor het consultatiebureau in de eerste lijn. Afspraken in Limburg. Med Contact 1984; 39: 467-70.

<sup>4</sup> Vorst-Thijssen TML. De zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1987.

<sup>5</sup> NHG-bestuur. Jeugdgezondheidszorg... wiens zorg? Huisarts Wet 1979; 22: 433-6.

<sup>6</sup> Vrij A. De zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Stiefkind van de huisarts-geneeskunde? Huisarts Wet 1980; 23: 46-52.

<sup>7</sup> Swaak AJ. Ontwikkelingen jeugdgezondheidszorg. De huisarts en de kinderhygiëne. Med Contact 1977; 32: 827-33.

<sup>8</sup> Crebolder HFJM. Huisarts en kinderhygiëne. Med Contact 1979; 34: 1496-8.

<sup>9</sup> Van Es JC. Jeugdgezondheidszorg. Med Contact 1984; 39: 615.

<sup>10</sup> Zijlstra-van Mierlo VMA. 'Betaalbaar perspectief' en de jeugdgezondheidszorg. Med Contact 1984; 39: 1145-6.

<sup>11</sup> Swaak AJ. De kinderhygiëne als rad van avontuur. Maatschappelijke Gezondheidszorg 1983; 11(3): 6-9.

<sup>12</sup> Van Doorn H, Ter Haar Romeny-Wachter CCh. Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen. Een onderzoek bij instellingen voor jeugdgezondheidszorg in Rotterdam. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1985; 63: 444-8.

<sup>13</sup> De Winter M. Het voorspelbare kind. Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) in wetenschappe-

lijk en sociaal historisch perspectief. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.

<sup>14</sup> De Winter M. Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen: de noodzaak van een nieuw perspectief. Tijdschr Kindergeneeskd 1988; 56: 2-10.

<sup>15</sup> Chochrane AL, Holland WW. Validation of screeningsprocedures. Br Med Bull 1971; 27: 3-8.

<sup>16</sup> Diepstraten AFH. Congenitale heupluxatie en heupdysplasie. Tijdschr Kindergeneeskd 1987; 55: 166-73.

<sup>17</sup> Dunn PM, et al. Congenital dislocation of the hip; early and late diagnosis and management compared. Arch Dis Child 1985; 60: 407-14.

<sup>18</sup> Van Hees-van der Laan ZJ. Opsporing van congenitale dysplasie van de heup op het consultatiebureau voor zuigelingen. Stand van zaken. Tijdschr Kindergeneeskd 1985; 53: 99-105.

<sup>19</sup> Palmén K. Prevention of congenital dislocation of the hip. The Swedish experience of neonatal treatment of hip joint instability. Acta Orthop Scand 1984; 55(suppl 208): 94-102.

<sup>20</sup> De Jonge GA. Primaire en secundaire preventie van congenitale heupluxatie. Tijdschr Jeugdgezondheidszorg 1985; 17: 12-3.

<sup>21</sup> Sanders FBM, e.a. De waarde van echografie bij de vroege diagnostiek van congenitale heupdysplasie. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 547-52.

<sup>22</sup> Zick REF, Hoffman EL, Verburg OW. Eerste ervaringen met prospectief, echografisch onderzoek van heupgewrichten van zuigelingen. Ned Tijdschr Geneeskd 1987; 131: 55-9.

<sup>23</sup> Zieger M. Ultrasound of the infant hip. Part 2. Validity of the method. Pediatr Radiol 1986; 16: 488-92.

<sup>24</sup> Crone RA. Amblyopie. Ned Tijdschr Geneeskd 1972; 116: 789-93.

<sup>25</sup> Feldmann WN, et al. Effects of preschool screening for vision and hearing on prevalence of vision and hearing problems 6-12 months later. Lancet 1980; ii: 1014-6.

<sup>26</sup> Loewer-Sieger DA. Amblyopie, een studie over kenmerken en behandeling. Amsterdam: Ruysendaal, 1967.

<sup>27</sup> Gehrmann-Bax J, De Waele-Neefs JMFR, Vaandrager GJ. Verwijzing op CB's. Tijdschr Jeugdgezondheidszorg 1981; 13: 51-3.

<sup>28</sup> Lantau VK, Loewer-Sieger DH, Van Laar F. Vroegtijdig onderkennen van visuele stoornissen (VOV). Tijdschr Kindergeneeskd 1983; 53: 117-22.

<sup>29</sup> Bulk-Bunschoten AMW. Onderzoek naar visuele stoornissen bij kinderen in de periode dat zij het consultatiebureau bezoeken. Leiden: NIPG/TNO 1982.

<sup>30</sup> Kuyper JAM. De effectiviteit van de opsporing van amblyopie. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1986; 21: 688-9.

<sup>31</sup> Cremers CWRJ, Hageman MJ, Huizinga EH. Erfelijke doofheid en slechthoortheid. Amsterdam: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.

<sup>32</sup> Baart de la Faille LMB, Kaufman-de Boer MA. Middenoorproblemen bij kinderen.

- Maatschappelijke Gezondheidszorg 1985; 13(9): 56-9.
- <sup>33</sup> Gezondheidsraad. Advies inzake otitis media. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1986.
- <sup>34</sup> Northen JL, Down MP. Hearing = children. London: William & Watkinson, 1974.
- <sup>35</sup> Schlesinger-Was EA. Vroege opsporing van gehoorstoornissen. Leiden: NIPG/TNO, 1986.
- <sup>36</sup> Baecke JAH, Wala M. De validiteit van de Boel en de Ewing test. Tijdschr Jeugdgezondheidszorg 1984; 5: 71-4.
- <sup>37</sup> Meijer WJ. Beslissingsgronden ten aanzien van screening. Med Contact 1984; 39: 923-5.
- <sup>38</sup> Schlesinger-Was EA. Ontwikkelingsonderzoek van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1981.
- <sup>39</sup> Schlesinger-Was EA. Het herziene Van Wiechen schema. Onderzoekmethode, maar geen screeningsinstrument. Tijdschr Jeugdgezondheidszorg 1985; 17: 86-7.
- <sup>40</sup> Rantakallio P, Van Wendt L. Risk factors for mental retardation. Arch Dis Child 1985; 60: 946-52.
- <sup>41</sup> Pharaoh POD, Cooke T, et al. Effects of birth weight, gestational age and maternal obstetric history on birth prevalence of cerebral palsy. Arch Dis Child 1987; 62: 1035-40.
- <sup>42</sup> Nelson KB, Ellenberg JH. Antecedents of cerebral palsy. Arch Dis Child 1985; 139: 1031-8.
- <sup>43</sup> Monreal FJ. Consideration of genetic factors in cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1985; 27: 325-30.
- <sup>44</sup> Evans P, Elliot M, et al. Prevalence and disabilities in 4 to 8 year olds with cerebral palsy. Arch Dis Child 1985; 60: 940-5.
- <sup>45</sup> Kanda T, et al. Early physiotherapy in the treatment of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1984; 26: 438-44.
- <sup>46</sup> Sonnander K. Parental developmental assessment of 18 months old children: reliability and predictive value. Dev Med Child Neurol 1987; 29: 351-62.

## Vervolg van pag. 50

- <sup>13</sup> Forster DP. A study of domiciliary physiotherapy in general practice. Community Med 1981; 3: 14-24.
- <sup>14</sup> Gentle PH, Herlihy PJ, Roxburgh IO. Controlled trial of an open-access physiotherapy service. J R Coll Gen Pract 1984; 34: 371-6.
- <sup>15</sup> Bahrami J, Hamud Husain M, Clifton S, et al. Access to physiotherapy services. Br Med J 1983; 287: 25-8.
- <sup>16</sup> Riezebos C. Over theoretisch, experimenteel en effectonderzoek in de fysiotherapie. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1987; 11: 255-6.
- <sup>17</sup> Beeftink AC, Fennema J, Van Gestel JLM. Wetenschappelijk onderzoek in de fysiotherapie. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1986; 6: 128-34.
- <sup>18</sup> Aufdenkampe G, Beijer MAJ, Meijer OG, e.a. Kwaliteit van effect metingeffekt in de fysiotherapie. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1985; 6: 123-31.
- <sup>19</sup> Obbens HJM, Raassen-Beijer MAJ, Terlouw TJA, e.a. Kwaliteit van effect onderzoek 1979 t/m 1983. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1986; 11: 252-9.
- <sup>20</sup> Bertels M, Ten Brummeler L, Van Dijkum C, e.a. Tijd voor kwaliteit. Amsterdam: Siswo/Osa, 1985: 76.
- <sup>21</sup> Kressens JJ, Groenewegen PP, Curfs EC. Determinanten van het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1987; 65: 455-61.
- <sup>22</sup> Koes BW, Bouter LM. Het verwijsgedrag van huisartsen inzake manuele therapie. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1986; 12: 273-5.
- <sup>23</sup> Sixma H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Utrecht: NZU/Nivel, 1986.
- <sup>24</sup> Vermeer JP, Valkenburg HA. Epidemiologie. In: Rugpijn. Amsterdam 1973.
- <sup>25</sup> Chavannes A, Grubbels J, Post D, e.a. Acute lage rugpijn in de praktijk. Huisarts Wet 1983; 26(suppl 7): 32-7.
- <sup>26</sup> Van Weel C. Rugklachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1983; 26(suppl 7): 5-8.
- <sup>27</sup> Deyo RA, Yuh-Jane Tsui-Wu. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. Spine 1987; 12: 264-8.
- <sup>28</sup> Deyo RA. Conservative therapy for low-back pain. Distinguishing useful from useless therapy. JAMA 1983; 250: 1057-63.
- <sup>29</sup> Rutten G, Faas A, Chavannes A. De behandeling van lage rugpijn; wat is zinzig? Huisarts Wet 1987; 30: 346-8.
- <sup>30</sup> Bouter LM. Het effect van manuele therapie bij lage rugpijn. Med Contact 1985; 40: 357-60.
- <sup>31</sup> Zachrisson-Forsell M. The Swedish back-school. Physiotherapy 1980; 112.
- <sup>32</sup> Knibbe JJ. Fysiotherapie en secundaire preventie van lage rugklachten naar mogelijkheden en beperkingen. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1987; 7/8: 175-83.
- <sup>33</sup> Lankhorst GJ, Van de Stadt RJ, Vogelaar TW, e.a. Het effect van de Zweedse rug-school bij chronisch idiopathische lage rugpijn. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1984; 3: 62-5.
- <sup>34</sup> Jonquière M. De behandeling van schouder- en elleboogklachten volgens de richtlijnen van Cyriax [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1986.
- <sup>35</sup> De Wolf AN. Onderzoek van het bewegingsapparaat. Fysische diagnostiek in de algemene praktijk. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1987.
- <sup>36</sup> Oostendorp RAB. Oorzakelijk factoren, onderzoek en behandeling van de peri-arthritis humeroscapularis. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1980; 9: 264-76.
- <sup>37</sup> Projectgroep Tilburg. De tenniselleboog. Huisarts Wet 1977; 20: 264-76.
- <sup>38</sup> Telkamp IHK, Paauw HJM, Bots RAA. Knieregistratieproject 'Zwolle'. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1986: 166-9.
- <sup>39</sup> Van den Bosch WJHM. De enkeldistorsie. Huisarts Wet 1981; 24: 234-8.
- <sup>40</sup> Rens TJG. Rupturen van de laterale enkelband(en); opereren of niet? Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 480-4.
- <sup>41</sup> Van Lingem B. De verstuite enkel. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 660-2.