

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

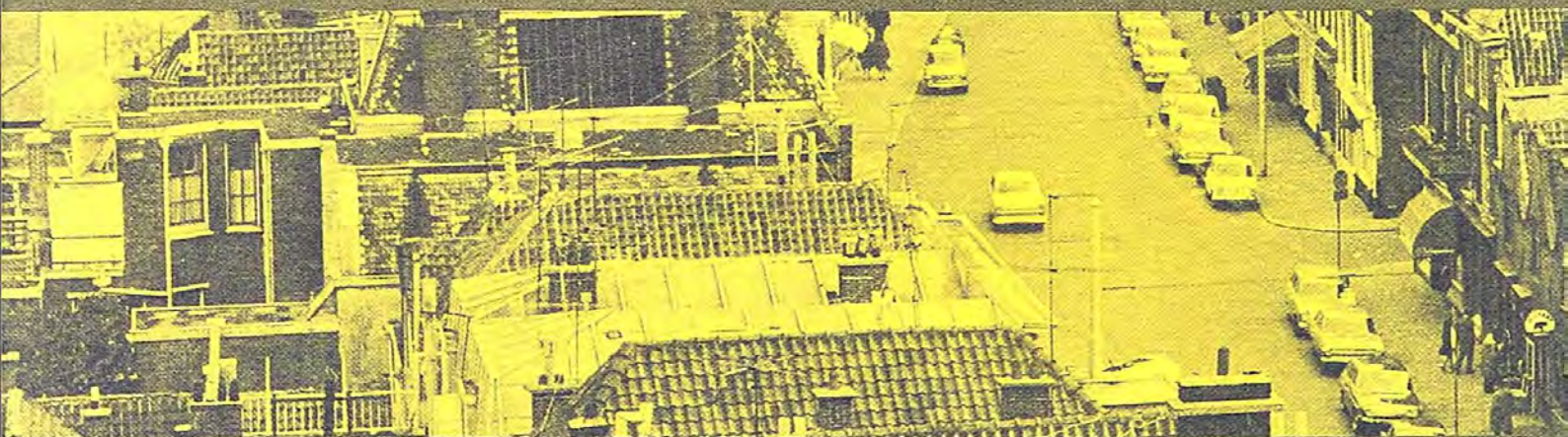
IRENE

19e Jaargang

No. 2

's-Gravenhage

Mei 1984



| G.G. en G.D.
| 's-Gravenhage

| EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

| Mei 1984

19e Jaargang
No. 2

| INHOUDSOPGAVE

| Redactioneel:
| Jeugdgezondheidszorg nader bekeken 2

| Duim- en vingerzuigen als probleem:
| Een onderzoek bij inheemse en uitheemse
| kleuters in Den Haag 4
| Dr. A.H. Bergink

Redactie:

Prof. dr. W.J. Schudel, psychiater
Dr. A.H. Bergink, jeugdarts
H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog

| De vaccinatietoestand van een groep
| Haagse schoolkinderen 12
| J. van Oost

Tekstverzorging:

Mw. I. Verkade-Burger

| De procedure bij opname in verpleeghui-
| zen in discussie 16
| H.W. Hack

Secretariaat:

Stafbureau Epidemiologie en
Informatica, GG en GD,
Hanenburglaan 284,
2565 HC 's-Gravenhage
Telefoon: 070 - 61 45 21

| Aangifte infectieziekten: casuïstiek
| en/of epidemiologie 20

Het bulletin vormt een medium om epi-
demiologisch relevante informatie uit
Den Haag en omstreken in te publice-
ren. Hulpverleners en bestuurders in
de regio worden uitgenodigd kopij aan
te bieden of contact op te nemen om
een eventuele publicatie te bespre-
ken.

| Tabel: aangegeven gevallen van infectie-
| ziekten in Den Haag over 1e kwartaal
| 1984 22

Het bulletin verschijnt viermaal per
jaar en wordt toegestuurd aan huis-
artsen, specialisten en bestuurders
in de gezondheidszorg te 's-Graven-
hage.

Op verzoek kan het aan andere be-
langstellenden worden toegestuurd.

REDACTIONEELJEUGDGEZONDHEIDSZORG NADER BEKEKEN¹⁾

De Jeugdgezondheidszorg is lange tijd een vanzelfsprekend, weinig besproken onderdeel geweest van de Nederlandse gezondheidszorg. De laatste jaren evenwel is er volop discussie over doel, effectiviteit en organisatievorm van deze vorm van preventieve zorg voor schoolgaande kinderen.

In dit bulletin staan twee artikelen van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG en GD gepubliceerd. Voldoende aanleiding om ook voor Den Haag eens beschouwend stil te staan bij de Jeugdgezondheidszorg nu en in de toekomst.

De Jeugdgezondheidszorg kan omschreven worden als de individueel en collectief gegeven longitudinale preventieve zorg gericht op de gehele jeugd en gebaseerd op via epidemiologie verkregen inzichten.

De schoolartsdienst in Den Haag richt zich op de schooljeugd vanaf 4 jaar en is als Jeugdgezondheidszorg een afdeling van de huidige GG en GD (toekomstige Basisgezondheidsdienst).

Vanouds wordt het periodiek geneeskundig onderzoek (P.G.O.) beschouwd als de ruggegraat van de Jeugdgezondheidszorg, waarbij onze dienst als uitgangspunt heeft dat longitudinale begeleiding geen interval moet kennen van langer dan 3 jaar.

De longitudinale begeleiding krijgt tevens gestalte door het gebruik van één gemeenschappelijk dossier samen met de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters.

Als kerntaken naast het P.G.O.-programma

met de daaruit voortvloeiende werkzaamheden zien wij de taken t.b.v. het buitengewoon onderwijs en de uitvoering c.q. voltooiing van het vaccinatieprogramma.

Overige taken behelzen overleg met en advisering aan andere hulpverleners en instanties, het verzorgen van het hygiënisch schooltoezicht, zorg voor individuele jeugdigen en de zorg voor jeugdigen als groep.

Bij de zorg voor jeugdigen als groep kan gedacht worden aan de jeugd als geheel maar ook aan subgroepen gerangschikt naar leeftijd en/of risicofactoren. Epidemiologisch onderzoek en gezondheidsvoorlichting en opvoeding, gebaseerd op via epidemiologische analyse verkregen inzichten zijn hierbij belangrijke instrumenten. Aan standaardisering en uniformering van werkwijze, registratie en verslaglegging binnen de afdeling wordt in verband hiermee groot belang gehecht.

Uit het onderzoek van Huysman-Rubingh en Wagenaar (1) naar de structuur en het functioneren van de Jeugdgezondheidszorg voor 4-16 jarigen in Nederland komt naar voren dat de nadruk in de dienstverlening in het algemeen nog sterk op de zorg voor de individuele persoon ligt en in mindere mate op de groep als zodanig. Zij introduceren het begrip behoefte-lijn, waaronder zij verstaan een bepaalde vorm van zorgverlening en/of begeleiding waaraan een categorie personen behoefte heeft op grond van aanwijsbare somatische en psychosociale eigenschappen.

Zij onderscheiden 3 behoeftelijnen, aldus de populatie indelend in 3 catego-

1) Mevr. M.A.T.W. Zwartendijk-Schats, jeugdarts, afdeling Jeugdgezondheidszorg, GG en GD 's-Gravenhage.

rieën.

Alom wordt gevreesd dat de door deze onderzoekers aanbevolen werkwijze stigmatiserend werkt en daardoor een drempelverhogend effect zal hebben. Bovendien zou de zorg voor het ogenschijnlijk normale en gezonde kind in het gedrang komen.

Overigens bestaat bij een schoolartsendienst van een grote stad als de onze reeds lang extra zorg voor groepen in achterstandssituaties zoals kinderen uit de groep van de ethnische minderheden, kinderen van het buitengewoon onderwijs, de zittenblijvers en kinderen woonachtig in achterstandswijken.

Het is te betreuren dat ons de middelen ontbreken om de groep van de voortijdige schoolverlaters en de niet meer schoolplichtige werkloze jeugd in onze begeleiding op te nemen.

Artikel 59 van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg vermeldt dat tot de werkzaamheden van de basisgezondheidsdienst onder meer behoort "het verrichten van werkzaamheden in het kader van de collectief gerichte preventieve zorg t.b.v. jeugdigen en andere risicogroepen" en "het verwerven van op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking".

In de toekomst zullen binnen de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Basisgezondheidsdienst de op de (risico)groep gerichte activiteiten en de taken verbandhoudend met epidemiologisch onderzoek centraal staan zonder de zorg voor het individuele kind uit het oog te verliezen. Het P.G.O. blijft daarmee de ruggraat van de Jeugdgezondheidszorg.

Literatuur

1. Huysman-Rubingh RRR, Wagenaar TRAM. De Jeugdgezondheidszorg in Nederland voor 4-16 jarigen. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, Leidschendam 1983.
-

DUIM- EN VINGERZUIGEN ALS PROBLEEM¹⁾

Een onderzoek bij inheemse en uitheemse kleuters in Den Haag.

INLEIDING

Met de problemen rond duim- en vingerzuigen worden huisartsen, cb-artsen, schoolartsen en tandartsen veelvuldig geconfronteerd. Dikwijls moeten zij ouders adviezen geven omtrent het voorkómen, het tolereren of het ontwennen van deze persisterende gewoonte.

Bij vele kinderen speelt het zuigen op duim of vingers een grote rol in het dagelijks leven. Er zijn gezinnen waar alle kinderen tot aan de volwassen leeftijd hardnekkig op duim of vingers zuigen. Soms bekennen moeders dat ze zelf af en toe ook nog duimen, als niemand het ziet, vooral als ze moe of verdrietig zijn.

De zuigreflex is reeds aanwezig bij een embryo van 5 maanden oud. Met behulp van röntgenfoto's is vastgesteld dat duimzuigen al kan optreden in het prenatale stadium. Meestal begint het duim- of vingerzuigen in het eerste levensjaar. Zolang het duimen een samenhang vertoont met de zuigreflex spreekt men van fysiologisch duimzuigen. Over de vraag hoe lang dit fysiologisch duimzuigen duurt, lopen de meningen sterk uiteen. Vele ob-artsen beschouwen duim- en vingerzuigen als een normaal verschijnsel in de ontwikkeling van een zuigeling. Er is evenwel weinig bekend over prevalentiecijfers van duimzuigen in het eerste levensjaar.

De opvattingen over duim- en vingerzuigen zijn de laatste jaren aan verandering onderhevig. De nadelige invloed die deze persisterende gewoonte op het gebit kan hebben vormt de voornaamste

reden waarom vooral tandartsen primaire preventie propageren.

In dit verband wordt grote waarde gehecht aan het stimuleren van het gebruik van de fopspeen. Een goede, veilige fopspeen geldt voor velen als het belangrijkste hulpmiddel om het duim- en vingerzuigen te voorkómen. Ook vele ouders gaan de fopspeen weer positief waarderen. Het staat vast dat het percentage zuigelingen dat een fopspeen krijgt in de afgelopen jaren duidelijk is gestegen.

Epidemiologische gegevens over de frequentie van het duim- en vingerzuigen bijvoorbeeld over de leeftijd waarop de gewoonte wordt gestaakt zijn betrekkelijk schaars. Hetzelfde geldt voor het fopspeenzuigen. Toch kan epidemiologische informatie waarschijnlijk van bijzonder nut zijn bij het vinden van antwoorden op de vele vragen rond de problematiek van het duim- en vingerzuigen. Met het oog hierop ging in een Haags schoolartsrayon begin november 1983 een onderzoek van start naar het voorkómen van duim- en vingerzuigen bij kleuters en naar het gebruik van de fopspeen in de zuigelingenperiode. Het betrokken rayon omvat de wijk Transvaal. In deze wijk wonen vele gezinnen afkomstig uit Suriname en uit landen rondom de Middellandse Zee. Inmiddels zijn van 298 4 tot 6-jarige kleuters gegevens verzameld. Het is zinvol om de tot dusver verkregen resultaten in deze periodiek bekend te maken.

Alvorens hiertoe over te gaan worden in het kort de oorzaken, gevolgen en behandelingsmethoden van deze persisterende

1) Dr. A.H. Bergink, afdeling Jeugdgezondheidszorg, GG en GD 's-Gravenhage.

gewoonte besproken. Voor meer uitgebreide informatie hierover raadplege men de monografie van Kohnstamm e.a. (1).

Oorzaken

Over de oorzaken van duimzuigen is heel veel geschreven door psychiaters, kinderartsen en psychologen. De meeste auteurs zijn van oordeel dat het duimen als een aangeleerde gewoonte moet worden beschouwd. Het gemak waarmee men baby's, die nog niet op duim of vingers zuigen, aan een fopspeen kan doen wennen pleit inderdaad voor een eenvoudige leerpsychologische verklaring (1). Piaget ziet het duimzuigen als een stadium in de ontwikkeling van de sensori-motorische intelligentie. Daartegenover staan de opvattingen van Freud en andere psychoanalytici die het duimzuigen zien als een uiting van kinderlijke seksualiteit.

In de literatuur over de oorzaken van duim- en vingerzuigen wordt ook veel aandacht besteed aan de invloed die de wijze van voeden heeft op het niet-voedend zuiggedrag (2). Grote bekendheid kregen in dit verband de opvattingen van Levy. Deze Amerikaanse kinderpsychiater kwam, mede op grond van experimenteel onderzoek, tot de conclusie dat een tekort aan zuig-activiteit aan borst of fles tot duimzuigen leidt. Door de voedingstijden te verlengen en de kinderen langer te laten zuigen, zou naar zijn mening het duimzuigen bij baby's tegengegaan kunnen worden (3). Fredeen bestreed dit. Hij zag bij honderden baby's die geen gelegenheid kregen om te zuigen aan borst of fles, omdat zij vanaf hun geboorte gevoed werden uit een bekertje, geen groter percentage duimzuigers dan bij borst- of fleskinderen (4). De meningen over de invloed van borst-versus flesvoeding op het duimzuigen zijn eveneens sterk verdeeld. Spock bijvoorbeeld was van oordeel dat bij baby's die borstvoeding krijgen de neiging tot duimen minder voorkomt, omdat borstkin-

deren meestal langer gelegenheid krijgen om te zuigen daar het voor een zogende moeder moeilijk is het tijdstip te bepalen waarop de borst leeg is. Naar zijn mening verkeert het fleskind in dit opzicht in een minder gunstige positie, omdat het slechts gelegenheid krijgt te zuigen zolang er nog iets in de fles zit. Spock gaf daarom het advies om een speen te gebruiken die het de baby mogelijk maakt om in 20 minuten de fles te ledigen. Spenen met een (grotere) opening, waarmee het ledigen van de fles sneller gaat, zijn volgens Spock ondeugdelijk (5).

Uit epidemiologisch onderzoek evenwel is echter nimmer gebleken dat het percentage duimzuigers onder fleskinderen groter is dan onder borstkinderen. Klackenbergh vindt geen verschil wat betreft het voorkomen van duim- en vingerzuigen bij borst- en fleskinderen (6). Uit een onderzoek van Von Harnack bleek zelfs dat onder kinderen die borstvoeding hadden genoten procentueel meer duimzuigers voorkwamen dan onder de kinderen die flesvoeding kregen (7). Hoe het ook zij, het is zeker dat borstvoeding beslist geen afdoend profylacticum is tegen duimzuigen.

Gevolgen

Zoals reeds vermeld is persisterend duim- en vingerzuigen één van de belangrijkste oorzaken van orthodontische afwijkingen. Ten onzent werd dit op overtuigende wijze aangetoond door De Boer, die in de jaren 1960-1965 in Meppel een longitudinaal gebitsonderzoek instelde (8)(9). Bij dit onderzoek waren 442 kinderen betrokken. Vanaf het 6e levensjaar werden bij deze kinderen twee maal per jaar gebitsmodellen vervaardigd. In totaal verkreeg men van elk kind 9 modellen. Met behulp van deze gebitsmodellen was het mogelijk nauwkeurig de sagittale en de verticale afstanden tussen de onder- en bovensnijtanden te meten. Tevens werden inlichtingen ingewonnen over de

zuiggewoonten van de kinderen. De Boer toonde aan dat duim- of vingerzuigen een ongunstige invloed heeft op zowel de sagittale als de verticale afstand tussen onder- en bovensnijtanden. Hoe langer het duim- of vingerzuigen bleef bestaan, des te groter werden de orthodontische afwijkingen, d.w.z. de sagittale en verticale openbeten. Bij kinderen die op 5-jarige leeftijd met duimen ophiel- den was op 9-jarige leeftijd nog steeds de nadelige invloed van de gewoonte op de tandstand te zien.

De resultaten van talrijke buitenlandse onderzoeken stemmen overeen met die welke De Boer verkreeg. Steeds kwam men tot de conclusie dat de ernst van de tandstandafwijkingen afhankelijk is van de intensiteit van het duimzuigen, van de tijdsduur en de frequentie per et- maal, alsmede van de leeftijd waarop de gewoonte wordt gestaakt.

Zowel de sagittale openbeet als de verticale hebben ook weer nadelige gevolgen. Andere afwijkende mondgewoonten kunnen hiervan het gevolg zijn of kunnen hierdoor worden versterkt. Een sagittale openbeet belemmert de lipsluiting. Dit kan aanleiding geven tot zg. habitueel mondademen. Onlangs hebben Idema en Damsté gewezen op de duidelijke relatie die er bestaat tussen duim- en vingerzuigen en het habitueel mondademen met alle nadelige gevolgen van dien zoals recidiverende infecties van de luchtwegen en middenoorontstekingen (10). Een verticale openbeet geeft aanleiding tot zg. infantiel slikgedrag. Hierbij wordt bij het slikken de tong in de ontstane opening tussen boven- en ondertanden geperst. De afwijkingen die oorspronkelijk door het duimen werden veroorzaakt, verergeren hierdoor. Infantiel tonggedrag kan ook leiden tot problemen bij het spreken (zg. S-gebreken). Aan duim en vingers, die in de mond worden gestopt, zijn meestal ook geringe afwijkingen zichtbaar. Vaak is de eindfalanx van de duim, waarop gezogen wordt, wat afgeplat. Ook komt het voor dat hele vingers enigzins worden vervormd en een

wat abnormale stand vertonen. Bijna altijd is de huid van duim en vingers waarop gezogen wordt enigzins verdikt. De plaatselijke verdikkingen van de huid kunnen nog jaren nadat de gewoonte gestaakt is te zien zijn. Een enkele keer, als tijdens het duimen de wijsvinger voortdurend met kracht de neus omvat, ontstaat er een deviatie van het septum nasi.

Tenslotte moet worden vermeld dat ook een nadelige invloed van het duimzuigen op de psychische ontwikkeling van het kind voor mogelijk wordt gehouden. Volgens Kaplan belemmert het duimzuigen de zelfontplooiing en wordt het aanknopen van persoonlijke betrekkingen erdoor bemoeilijkt (11).

Behandelingsmethoden

Bij zuigelingen die duimzuigen is er geen reden om ingrijpende maatregelen te nemen. Mechanische middelen om het kind te beletten duim of vingers in de mond te steken zoals kartonnen manchetten bijvoorbeeld worden over het algemeen ontraden.

Als het kind ouder wordt kan aan de ouders geadviseerd worden de gewoonte te ontwennen zonder dat het kind dit merkt. Af en toe een afkeurend woord laten horen; zo nu en dan de duim uit de mond trekken; het kind afleiden en inspelen op het verlangen van het kind om "groot" te zijn kunnen meehelpen om het gewenste doel te bereiken. De Boer geeft hiervoor een aantal richtlijnen.

Indien het duimzuigen niet is gestopt als de snijtanden doorbreken en de ontwikkeling van het blijvende gebit in gevaar komt, zijn meer ingrijpende maatregelen nodig. Door vele tandartsen wordt dan een gehemelteplaatje aangeraden dat het zuigen op duim of vingers belemmert. Mildenberg toonde aan dat een dergelijke tegen het duimen gerichte orthodontische behandeling geen consequenties heeft voor de psychische gezondheid van het kind (12). Behalve door een gehemelte-

plaatje kan het duimzuigen ook tegengaan worden door een zg. mondvoorhofplaatje, ook wel vestibulumplaatje genoemd. Deze plaatjes zijn van kunsthars gemaakt en worden gedragen tussen lippen en tanden. Zij zijn voorzien van een ring, die buiten de mond blijft. Idema en Damsté propageren deze plaatjes niet alleen om het duim- en vingerzuigen te ontwennen, maar ook om het habitueel mondademen af de leren (10).

Ook bij kleuters en schoolkinderen moet een op afschrikking gerichte pedagogische aanpak worden vermeden. Bittersmakende vingerlakken zoals Byte X die in drogisterijen worden verkocht ter ontwenning van het duim- en vingerzuigen sorteren weinig effect.

Niet altijd lukt het duimzuigende kinderen met behulp van een eenvoudig gehemelte- of mondvoorhofplaatje de persisterende zuiggewoonte definitief af te leren. Moderne gedragstherapeutische methoden kunnen dan in aanmerking komen om het duim- of vingerzuigen te doen verdwijnen. In ons land werd door Mentink, Rijnders en Cladder, een gedragstherapeutische methode ontwikkeld om bij oudere kinderen met tandstandafwijkingen het duim- en vingerzuigen af te leren. Deze methode is geënt op de habit-reversal methode van Azrin en Nunn. Ter bevordering van de motivatie van het kind werd hieraan een beloningssysteem toegevoegd. In het werk van Kohnstamm e.a. (1) wordt de methode uitvoerig beschreven.

ONDERZOEK IN EEN HAAGS SCHOOLARTSRAYON

De gegevens over het duim- en vingerzuigen bij kleuters in een Haagse stadswijk van laag sociaal niveau werden verzameld tijdens het systematisch schoolgeneeskundig onderzoek.

Aan de ouders die meekwamen werd gevraagd of de kinderen overdag, voor het inslapen of gedurende de nacht op duim of vingers zogen. Tegelijkertijd werden

handjes van de kleuters nauwkeurig geïnspecteerd. Zoals reeds vermeld zijn op duimen en vingers waarop gezogen wordt, bijna altijd verdikkingen van de huid waarneembaar.

Voorts werd aan de ouders gevraagd of zij hun kind in de zuigelingenperiode een fopspeen hadden gegeven en of hun kind nog steeds met een fopspeen naar bed ging.

Er werden geen pogingen ondernomen om de tijdsduur van het duim- of vingerzuigen per etmaal te bepalen. Ook was het niet mogelijk om de intensiteit van het duimen vast te leggen. Wel werd geregistreerd op welke duim en/of vingers de kleuters zogen.

Een kind werd tot de duimzuigers gerekend als het elke dag meerdere keren en/of elke avond bij het inslapen duim of vingers in de mond stopt en daarop een zuigende kracht uitoefent. Het merendeel van de kinderen die elke avond bij het slapen gaan op duim of vingers zuigt, blijkt dit ook overdag te doen bij vermoeidheid of verveling. Kinderen die een enkele keer uit verlegenheid bijvoorbeeld een duim of een vinger in de mond stoppen werden niet tot de duimzuigers gerekend. Ook kinderen met andere zuiggewoonten zoals tongzuigen, het zuigen op doekjes of puntjes van beddelakens werden niet meegeteld, evenals die kleuters die voor het slapen gaan nog een zuigfles met inhoud kregen.

Bij de bewerking van de gegevens werden de kleuters verdeeld in twee groepen, een inheemse en een uitheemse. Kinderen van Nederlandse vrouwen getrouwd met gastarbeiders of mannen uit Suriname of de Antillen werden bij de inheemse groep ingedeeld.

De uitheemse kleuters, in totaal 177, vormden uiteraard een heterogene groep. Het grootst in aantal waren de Hindoe-staanse kleuters uit Suriname: 73. Van Creoolse origine waren 9 kleuters. Uit Turkije en Marokko waren respectievelijk 43 en 37 kleuters afkomstig. De resterende 15 kleuters kwamen uit de Antillen: 1, Tunesië: 2, Pakistan: 4,

Hongkong: 6, Portugal: 1 en Italië: 1.

RESULTATEN

De resultaten van het onderzoek zijn weergegeven in tabel 1. In deze tabel zijn tevens de uitkomsten vermeld van een onderzoek naar duim- en vingerzuigen dat in hetzelfde schoolartsrayon in de jaren 1960-1962 bij een groep van in totaal 720 kleuters werd ingesteld (13). Bij dit onderzoek werden de kinderen niet onderverdeeld naar origine. Het aantal uitheemse kleuters was destijds zeer gering. Ook werden toen geen gegevens verzameld over het fopspeenzuigen. De fopspeen was in de jaren zestig nog vrijwel geheel uitgebannen.

Uit tabel 1 kunnen enkele belangrijke conclusies worden getrokken.

Ten eerste blijkt dat het percentage duimzuigers onder inheemse kleuters heden ten dage ongeveer even groot is als in de jaren 1960-1962. Voor de meisjes schommelt dit percentage rond de 50% en voor de jongens rond de 40%.

In de tweede plaats laat deze tabel zien dat er opmerkelijke verschillen bestaan wat betreft het voorkomen van duim- en vingerzuigen tussen inheemse en uitheemse kleuters. Deze persisterende gewoonte wordt veel vaker aangetroffen bij Nederlandse kleuters dan bij kleuters van uitheemse origine. Slechts 24 (14%) van de 177 uitheemse kleuters zogen dagelijks op duim of vingers te weten 11 Hindoestaanse; 1 Creoolse; 5 Turkse; 4

Tabel 1. Duim- en fopspeenzuigende inheemse en uitheemse kleuters naar geslacht in absolute aantallen en percentages in de onderzoekperiodes 1983-1984 en 1960-1962, schoolartsrayon Den Haag.

	1983-1984		1960-1962	
	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje
Inheemse kleuters :	63	58	355	365
- Duimzuigend :	25 (40%)	30 (52%)	132 (37%)	176 (48%)
- Fopspeenzuigend :	2 (3%)	2 (3%)	.	.
Uitheemse kleuters :	86 ()	91 ()	.	.
- Duimzuigend :	11 (13%)	13 (14%)	.	.
- Fopspeenzuigend :	1 (1%)	-	.	.

Tabel 2. Voorkeurvinger(s) bij 79 duim- en/of vingerzuigende kleuters.

	Rechts	Links	Totaal
Duim :	44	18	62
Rechter en linker duim :			3
Midden- en ringvinger :	-	5	5
Wijs- en middenvinger :	1	2	3
Wijsvinger :	3	2	5
Duim en wijsvinger :	1	-	1

Marokkaanse en 3 Chinese.

Tenslotte laat tabel 1 zien dat in het betrokken rayon 3% van de inheemse kleuters nog met een fopspeen naar bed gaat.

In tabel 2 is aangegeven op welke duim of vingers de kleuters zogen. Uit de ondervraging van de ouders en de inspectie van de handjes bleek dat de kinderen vrijwel altijd dezelfde duim of vingers in de mond stoppen. Bij uitzondering komt het voor, bijvoorbeeld als er een infectie optreedt aan de duim of vingers waarop gezogen wordt, dat een kind een andere vinger neemt. Een aantal kinderen zuigt echter zowel op de rechter als op de linker duim. Uit tabel 2 blijkt dat het duimzuigen veel frequenter voorkomt dan het vingerzuigen. Op de rechter duim wordt het meest gezogen. Het vingerzuigen geschiedt het meest op twee vingers en wel de midden- en ringvinger of de wijs- en middenvinger. Ook het zuigen op de wijsvinger komt nogal eens voor. Zuigen op de pink werd bij deze groep kleuters niet waargenomen. Globaal genomen stemmen deze uitkomsten eveneens goed overeen met die van het onderzoek dat in de jaren 1960-1962 werd ingesteld.

DISCUSSIE

Wat betreft het voorkomen van duim- en vingerzuigen blijken er opmerkelijke verschillen te bestaan tussen inheemse en uitheemse kleuters. Deze persisterende gewoonte wordt bij uitheemse kleuters in veel geringere mate aangetroffen. De vraag rijst hoe dit komt. Speelt het gebruik van de fopspeen in het eerste levensjaar soms een rol? Hoe liggen de verhoudingen op dit punt bij inheemse en uitheemse baby's? Tijdens het onderhavige onderzoek werd getracht om op deze vragen een antwoord te vinden. Zoals reeds vermeld werd aan de ouders die de kleuters vergezelden gevraagd of hun kind als baby een fopspeen had gekregen. Steeds wisten de ouders zich te herinneren of zulks wel of niet het geval was.

De antwoorden op vragen over de duur van het fopspeenzuigen bleven veel vager. Door de taalbarrière was het niet mogelijk om van alle uitheemse kleuters enigszins betrouwbare gegevens over het fopspeenzuigen te verkrijgen.

Van de 121 inheemse kleuters hadden er volgens opgave van de ouders 35(29%) als baby een fopspeen gekregen. Inmiddels hadden 31 van deze kinderen het fopspeenzuigen gestaakt, waarvan er 4 op duim- of vingerzuigen waren overgegaan. Bij 4 kinderen was het fopspeenzuigen tot een persisterende gewoonte geworden, zoals tabel 1 reeds liet zien.

Van de 143 uitheemse kleuters waarover gegevens konden worden verkregen hadden er 62(43%) in het eerste levensjaar een fopspeen ter beschikking. Op één na waren alle uitheemse kinderen met het fopspeenzuigen gestopt.

Omdat niet is na te gaan hoe vaak het geheugen de ouders in de steek liet is voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies uit deze berekeningen. Het lijkt echter wel zeker dat het percentage kinderen dat een fopspeen krijgt groter is bij uitheemse baby's dan bij inheemse. Ook lijkt het meer dan waarschijnlijk dat de verschillen tussen inheemse en uitheemse kleuters betreffende het voorkomen van persisterend duimzuigen niet alleen op rekening geschreven kunnen worden van het al dan niet beschikbaar stellen van een fopspeen in het eerste levensjaar.

Cultuurbepaalde factoren, zoals opvoedingsgewoonten (afleren?), affectieve bejegening (lichamelijke koestering?) of voedingsgewoontes (toch borstvoeding?) spelen hierbij zeker een belangrijke rol. Meer onderzoek hiernaar zou zeer zeker interessant zijn.

Lang voortgezet duim- en vingerzuigen veroorzaakt in de regel markante orthodontische afwijkingen. Correcties van deze afwijkingen kosten ouders of zij nu bij een ziekenfonds verzekerd zijn, of particulier, veel geld. Ook voor het kind zelf betekent een orthodontische

behandeling vaak een grote belasting. Over de wenselijkheid deze gewoonte te voorkomen behoeft m.i. niet te worden geredetwist.

De publicaties van De Boer hebben er veel toe bijgedragen voor deze problematiek belangstelling te wekken (14)(15). Uitvoerig werden door haar de voor- en nadelen van de fopspeen belicht. Zij stelde vast dat het zuigen op de fopspeen in de regel eerder wordt gestopt dan het duim- of vingerzuigen. Zij oonstateerde echter ook dat persisteren van het zuigen op de fopspeen tot de kleuterleeftijd eveneens aanleiding geeft tot tandstandafwijkingen. De Boer komt tot de slotsom dat het geven van een fopspeen aan de zuigeling die een duim- of vinger(s)-zuiger dreigt te worden, uit tandheelkundige overwegingen een verstandige maatregel is. Om te voorkomen dat het kind de fopspeen te lang gebruikt, zullen tegelijkertijd aan de ouders richtlijnen verstrekt moeten worden omtrent de dosering en de manier van ontwennen.

Kooi die een longitudinaal onderzoek instelde bij een groep van 22 fopspeenzuigers en 41 duim- of vingerzuigers kwam eveneens tot de conclusie dat met fopspeenzuigen eerder wordt gestopt dan met duim- of vingerzuigen (16). Ook hij zag echter dat bij sommige kinderen het fopspeenzuigen persisteert en dat een niet gering percentage (27%) van het fopspeenzuigen overging op duim- en vingerzuigen, hetzij spontaan, hetzij omdat de fopspeen niet meer ter beschikking werd gesteld. Evenals De Boer komt ook hij tot de aanbeveling de fopspeen alleen aan die zuigelingen te geven, die zich de gewoonte van duim- of vingerzuigen eigen trachten te maken.

De uitkomsten van het onderhavige onderzoek bij inheemse en uitheemse kleuters geven steun aan de opvattingen van De Boer en Kooi dat de fopspeen een rol kan spelen bij de preventie van duim- en vingerzuigen en dat aan ouders van zuigelingen die regelmatig duim of vingers

in de mond stoppen geadviseerd kan worden om een fopspeen te geven. Het lijkt vooralsnog echter niet juist om voor elke zuigeling een fopspeen aan te raden. Voorkómen dient te worden dat door het aanbieden van een fopspeen een zuigegewoonte wordt gecreëerd die anders niet zou zijn ontstaan.

Literatuur

1. Kohnstamm GA (redactie). Duimzuigen bij kleine en grote kinderen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
2. Vooy's I. Duimzuigen. Tijdschr v Jeugdgezondh 1979; 11: 89-91.
3. Levy DM. Experiments on the sucking reflex and social behavior in dogs. Am J Orthopsychiatry 1934; 4: 203.
4. Fredeen RC. Cup feeding of newborn infants. Pediatrics 1948; 2: 544.
5. Spock B. Baby and Child Care. New York: Pocket Books Inc, 1952.
6. Klackenberg G. Thumbsucking. Frequency and etiology. Pediatrics 1949; 4: 418.
7. Harnaack GA von. Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind. Eine medizinisch-soziologische Untersuchung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1958.
8. Boer M de. Aspecten van de gebitsontwikkeling bij kinderen tussen vijf en tien jaar. Proefschrift Utrecht, 1970.
9. Boer M de. Duim- of vingerzuigen. Tijd Soc Geneeskd 1973; 51: 273-80.
10. Idema NK, Damsté PH. Habituëel mondademen. Tijdschr v Jeugdgezondh 1983; 15: 50-53.
11. Kaplan MA. A note on the psychological implications of thumbsucking. J Pediatr 1950; 37: 555.
12. Mildenberg ETJ. Enige tandheelkundige en kinderpsychiatrisch-psychologische aspecten van een persisterende mondgewoonte. Proefschrift Utrecht, 1971.
13. Bergink AH. Duim- en vingerzuigen bij kleuters en schoolkinderen in Den Haag. Tijd Soc Geneeskd 1962;

- 40: 451-60.
14. Boer M de. Preventie en ontwennen van duim- en vingerzuigen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1979; 86: 5-11.
 15. Boer M de. Preventie en ontwennen van duim- en vingerzuigen. Tijdschr Jeugdgezondh 1981; 13: 18-22.
 16. Kooi SK. Aspecten van het tijdelijke gebit. Proefschrift Utrecht, 1982.
-

DE VACCINATIE-TOESTAND VAN EEN GROEP
HAAGSE SCHOOLKINDEREN¹⁾

INLEIDING

De inhoud van het vaccinatieprogramma in Nederland wordt vastgesteld door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur op advies van de Gezondheidsraad.

Naar aanleiding daarvan stelt de Geneeskundige Hoofddirectie het entschema op en maakt dit jaarlijks bekend aan alle artsen in Nederland.

De oproep voor vaccinatie wordt verzorgd door de provinciale entadministraties die daartoe gegevens uit gemeentelijke bevolkingsregisters ontvangen.

Tot de taak van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG en GD behoort onder meer het uitvoeren van een deel van het rijksvaccinatieprogramma. In de praktijk komt dit erop neer dat de Jeugdgezondheidszorg verzorgt:

- aanvullende vaccinaties voor alle kinderen die in de eerste levensjaren niet volledig zijn ingeënt;
- de 2e booster-DTP-vaccinatie in het negende jaar;
- voor meisjes: rubella vaccinatie in het elfde jaar.

Het resultaat van onze vaccinatie-inspanningen wordt zichtbaar in de vaccinatie-toestand van de bevolking of bevolkingsgroepen. Deze wordt uitgedrukt in entpercentages welke aanduiden het deel van de bevolking (sgroep) dat geacht mag worden immuun te zijn voor de ziektes waartegen is ingeënt.

Voor ons land geldt dat ongeveer 96% van alle kinderen voldoende is ingeënt tegen DTP. Voor de grote steden ligt het percentage op 94% (1). Deze cijfers zijn al jarenlang betrekkelijk constant. Echter

zij geven een tamelijk ruw beeld van de vaccinatie-toestand omdat het totaalcijfer weinig zegt over de vaccinatie-toestand van allerlei subgroepen. Kon niet, ondanks het hoge entpercentage van 96% nog in 1978, een explosie van poliomyelitis optreden (2)? De oorzaak van deze epidemie lag in het feit dat in bepaalde bevolkingsgroepen, die een intensief sociaal verkeer onderhouden, het entpercentage belangrijk lager ligt dan het genoemde hoge "ruwe" gemiddelde. Het percentage ontvankelijk gevoegd bij voldoende sociaal contact maakt een dergelijke explosie mogelijk.

De meest bekende groep ongevaccineerden in Nederland is die welke vaccinatie afwijst op godsdienstige gronden. De laatste jaren is een nieuwe groep bezwaarden ontstaan die zich aangetrokken voelt tot de zgn. alternatieve geneeswijzen en natuurfilosofische leefwijzen. Dat onder deze groeperingen geen epidemieën zijn uitgebroken vindt mogelijk zijn verklaring in het feit dat het percentage ongevaccineerden onvoldoende is of het onderlinge sociale verkeer ontoereikend om de voedingsbodem voor een explosie te vormen.

Een derde belangrijke groep onvoldoende gevaccineerden vindt men in de oude wijken van de grote steden waar zich de laatste 15 jaar veel migranten uit Turkije, Marokko en Suriname hebben gevestigd. Daar het sociale verkeer in deze groepen wel intensief is en daar bovendien veel gereisd wordt naar de thuislanden, gebieden waar bijvoorbeeld difterie en polio endemisch voorkomt, zodat ze kunnen worden opgepakt, zou men hier een verhoogd risico voor explosie kunnen verwachten. Dat in het verleden

1) J. van Oost, schoolarts, afdeling Jeugdgezondheidszorg, GG en GD 's-Gravenhage.

bij migranten geen polio is uitgebroken vindt hoogstwaarschijnlijk zijn oorzaak in het feit dat vrijwel alle volwassenen en vele kinderen uit deze groep in de vroege jeugd al besmet zijn geweest, en dus immuun zijn.

In de Duitse Bondsrepubliek werd in 1982 onder slecht gevacineerden een epidemie van difterie beschreven (3). Een polio-epidemie kreeg ook daar, in blijkbaar slecht gevaccineerde groepen, geen kans om de kop op te steken.

Samenvattend moet worden gesteld dat, ofschoon het "ruwe" entpercentage enige informatie geeft, het belangrijk is om de vaccinatioestand van subgroepen, die verhoogd risico lopen, te kennen.

HET ONDERZOEK IN DEN HAAG

In Den Haag bestaan diverse wijken met een aanzienlijk percentage woonachtige migranten, welke in bovengenoemde zin kunnen worden aangemerkt als risicobuurtten. Het onderhavige onderzoek werd uitgevoerd om de vaccinatioestand in een dergelijke buurt te exploreren.

Ook wordt gekeken naar de rol welke de Jeugdgezondheidszorg vervult bij het tot stand brengen van de uiteindelijke vaccinatioestand van schoolgaande kinderen.

Het onderzoek werd uitgevoerd in het Transvaalkwartier te Den Haag.

De onderzoekspopulatie bestond uit alle schoolverlaters van een school voor gewoon lager onderwijs (N= 281). Deze groep wordt geacht een representatief beeld te geven voor de groepen met een vergelijkbare verdeling naar afkomst welke in soortgelijke buurten van Den Haag wonen.

Van de kinderen werd nagegaan:

- de vaccinatioestand op het moment van het eerste contact met de Jeugdgezondheidszorg (op de leeftijd van 4 jaar en 3 maanden).
- de vaccinatioestand op het moment van schoolverlating (ongeveer op de

leeftijd van 12 jaar).

Verder werd de afkomst onderzocht en op basis van het geboorteland van het kind onderscheid gemaakt tussen Nederlands, Turks, Marokkaans/Algerijns, Surinaams/Antilliaans en overige.

Het onderzoek vond plaats in augustus 1983 en kon worden uitgevoerd dankzij de medewerking van het schoolartsenteam van het betrokken rayon welke de dossiers van alle 6e klassers die de school verlieten ter beschikking stelde.

Voor het onderzoek wordt als definitie voor "voldoende" gevacineerd volgens de richtlijn van de Geneeskundige Hoofdinsectie gehanteerd:

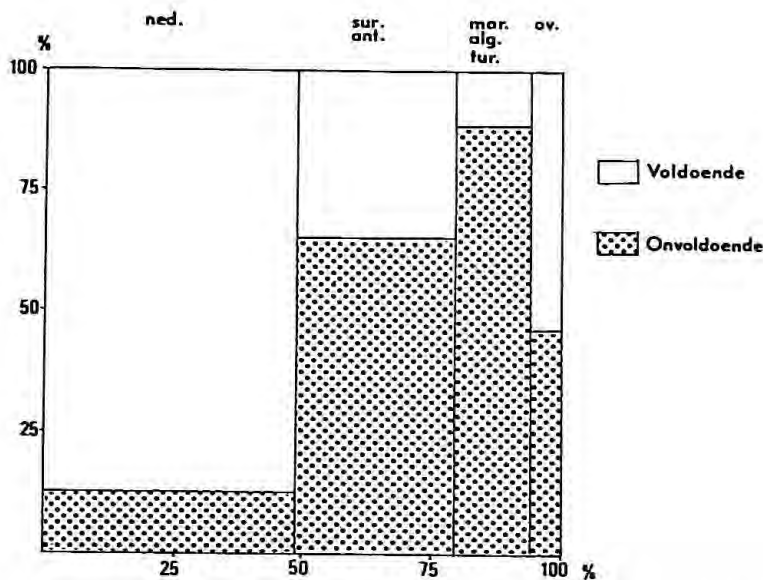
"voldoende" gevaccineerd zijn die kinderen die bij eerste contact met de Jeugdgezondheidszorg tenminste 3 DTP-vaccinaties hebben gehad met minimale intervallen van één en zes maanden.

Bij de bespreking van de resultaten is het van belang zich te realiseren dat de vaccinatioestand bij eerste contact dateert van ongeveer 8 jaar geleden. Of de gevonden entpercentages van toen ook nu nog gelden voor dezelfde leeftijdsgroep (4-5 jaar) blijft een open vraag.

De belangrijkste resultaten worden weergegeven in figuur 1. Het getoonde vlak stelt de totale onderzoekspopulatie voor (N=281). Voor de subgroepen naar afkomst worden de absolute aantallen (in de vlakken) en de percentages (op de assen) weergegeven. De diverse vlakken weerspiegelen de omvang van de absolute aantallen.

Eerst onderzoeken we de entpercentages op moment van eerste contact met de Jeugdgezondheidszorg (leeftijd 4 jaar en 3 maanden).

Het blijkt dat inderdaad grote verschillen bestaan in entpercentages tussen verschillende bevolkingsgroepen. Marokkanen, Algerijnen en Turken (89%), gevolgd door Surinamers/Antillianen (65%) en overigen (47%) hebben aanzienlijke percentages "onvoldoende" gevaccineer-



Figuur 1. Aantallen en percentages "voldoende" respectievelijk "onvoldoende" gevaccineerden naar afkomst op het moment van de contact met de Jeugdgezondheidszorg.

den.

Ook van de Nederlandse kinderen is bij het verlaten van de consultatiebureauzorg nog 13% onvoldoende gevaccineerd.

Op basis van de gevonden entpercentages voor migranten, het aangelegde criterium voor "onvoldoende" gevaccineerd, de onbekendheid met de mate van sociaal verkeer en ook de begrensde generaliseerbaarheid van dit beperkte onderzoek is het niet mogelijk epidemiologische conclusies te trekken t.a.v. het risico voor bijvoorbeeld een difterie explosie. Wel leert het dat het opgeven van een "ruw" entpercentage voor een hele stad iets heeft van het aanduiden van gemiddelde hoogte van de Alpen terwijl juist de laagste toppen interessant zijn.

Het onderzoek naar de vaccinatie-toestand op het moment van schoolverlating gaf de volgende resultaten te zien. Van de 281 kinderen waren 275 (97,9%) voldoende ingeënt tegen DTP. Om het entpercentage van 42,7% (op het moment van eerste contact) op te vijzelen naar

97,9% (op het moment van schoolverlating) moesten 114 kinderen extra DTP-vaccinaties ontvangen in aanvulling op het routine entprogramma.

Onvoldoende ingeënt bleven 6 kinderen, twee om principiële en vier om andere, onbekende redenen; alle kinderen waren Nederlanders.

Van de 138 meisjes in het onderzoek waren er 129 (93,5%) tegen rubella ingeënt; vier weigerden van vijf was de reden waarom onbekend.

De afdeling Jeugdgezondheidszorg bereikt vrijwel alle kinderen tussen 4 en 12 jaar en is mede daardoor, zoals duidelijk uit het bovenstaande blijkt, een belangrijke factor in het op peil houden van een voldoende immuniteit van de bevolking tegen difterie, polio, tetanus en voor meisjes rubella.

Met name in de wijken, waar het gevaar voor de omvangrijke clusters niet gevaccineerden schuilt, levert de Jeugdgezondheidszorg een bijdrage van groot belang.

Gezien het belang van een goede surveillance van naar subgroepen gedifferentieerde entpercentages is de afdeling Jeugdgezondheidszorg voornemens om in samenwerking met de zuigelingen- en kleuterzorg in Den Haag een adequate registratie voor dit doel op te zetten.

Literatuur

1. Vaccinatie-toestand Nederland. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1982.
 2. Bijkerk H, Draaisma FJ, Van der Gugten AC, Os M van. De Poliomyelitis-epidemie in 1978. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 1700-4.
 3. Explosie Arnsberg, Nordrhein Westfalen. Niet gepubliceerd, bron GHI, Dr. H. Bijkerk.
-

DE PROCEDURE BIJ OPNAME IN VERPLEEGHUIZEN IN DISCUSSIE¹⁾

INLEIDING

Momenteel zijn ontwikkelingen gaande om de bestaande situatie met betrekking tot de indicatiestelling voor verpleeghuisopneming in Den Haag te wijzigen.

In deze situatie is het goed zorgverlenend Den Haag een beeld te geven van wat zich eigenlijk afspeelt voor de opname in een verpleeghuis.

De afdeling Sociaal Medische Zorg en de afdeling Psychogeriatric van de GG en GD van Den Haag hebben jarenlang hoofdrol gespeeld bij de voorbereidende werkzaamheden met betrekking tot de indicatiestelling en bemiddeling bij plaatsing in verpleeghuizen.

DE INDICATIESTELLING

Voor een goede indicatiestelling, dat wil zeggen de juiste patiënt komt op de juiste plaats, is degelijke informatie nodig over de betrokken patiënt. Er moeten gegevens komen over de validiteit van de patiënt, te weten het lichamenlijk functioneren, het psychisch functioneren en het functioneren in de woon- en leefsituatie. Hierbij komen ook nog de zogenaamde zwaarwegende factoren.

Het lichamenlijk functioneren drukken we uit in de variabelen:

- ADL (Activity of Daily Life)
(functies zoals wassen; kleden; toiletgebruik; eten; continentie).
- oontactfuncties (horen zien en spreken).
- mobiliteit.

Bij grensgevallen kunnen zwaarwegende factoren wel eens de doorslag geven zo-

als strikte medicijnbegeleiding, moeilijk behandelbare diabetes, extreme CARA etc. Hierbij is vaak langdurige, systematische, medische, verpleegkundige en paramedische zorg vereist (zgn. C.S.L. M.-zorg = continue systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg). Bovendien kan het tijdelijk ontbreken van de verzorg(st)er of het noodzakelijk ontlasten van zijn of haar taak een rol spelen.

Uiteraard moet ook rekening gehouden worden met de wensen en behoeften van de patiënt, de familie en de mogelijkheden van de verschillende verpleeghuizen. Van groot belang bij de indicatiestelling is dat zoveel mogelijk dezelfde maatstaven gehanteerd worden onafhankelijk van het verpleeghuis van opneming of aanvragende instantie.

In principe vormt dus het somatisch en psychisch functioneren de basis van de beoordeling omdat minstens op één van deze gebieden stoornissen aanwezig moeten zijn wil er van verpleeghuisopname sprake zijn. Alleen sociale noodzaak tot opneming is nooit voldoende. Sociale factoren zijn zeer zeker mede bepalend. Samenvattend zijn om een goede indicatiestelling mogelijk te maken, naast opneming op de meest geschikte plaats, uit degelijk onderzoek objectieve gegevens nodig over:

- diagnose
- lichamenlijk functioneren
- psychisch functioneren
- woon- en leefsituatie
- zwaarwegende factoren

1) H.W. Hack, arts, hoofd van de afdeling Algemene Gezondheidszorg van de GG en GD 's-Gravenhage.

PROCEDURE TOT NU TOE

In het kort is de gang van zaken tot op heden als volgt.

Aanvraag voor opname

De huisarts vult een summier aanvraagformulier in of vraagt telefonisch opname aan.

Een aanvrager in een ziekenhuis maakt gebruik van een iets uitgebreider formulier.

Indicatiestelling somatisch verpleeghuis

De aanvraag voor opname in een verpleeghuis voor lichamenlijk zieken gaat naar de afdeling Sociaal Medische Zorg van de GG en GD. Een sociaal verpleegkundige van deze afdeling bezoekt de patiënt en maakt een rapport op. Tijdens dit bezoek bespreekt zij de wensen van de patiënt en de familie met betrekking tot het verpleeghuis van keuze.

Het rapport wordt dan gezonden naar het Bureau Medische Controle, de controlerende instantie voor de ziekenfonds- en ziektenkostenverzekeraars. Het Bureau Medische Controle brengt op grond van de aanvraag, het rapport en in enkele gevallen eigen aanvullend onderzoek een advies voor opneming of afwijzing uit aan het Verbindingskantoor, het uitvoerende orgaan van de verzekeraars.

Wanneer de sociaal verpleegkundige van de afdeling Sociaal Medische Zorg twijfelt of de indicatie voor opname een somatisch, respectievelijk een psychogeriatrisch verpleeghuis betreft wordt er na overleg met de aanvrager advies gevraagd bij de afdeling Psychogeriatric van de GG en GD. Blijkt het dan toch geen indicatie voor een psychogeriatrische opneming te zijn dan komt de casus retour bij de afdeling Sociaal Medische Zorg en wordt daar verder behandeld.

In het andere geval vindt verdere afwerking plaats bij de afdeling Psychogeriatric.

Indicatiestelling psychogeriatrisch verpleeghuis

Een aanvraag voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis wordt in behandeling genomen bij de afdeling Psychogeriatric.

Eerst vindt een bezoek van de psychiater plaats om te bezien of er een psychogeriatrische indicatie is. Daarna volgt een bezoek van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige die eveneens een rapport maakt dat tesamen met het advies van de psychiater naar het Bureau Medische Controle wordt gezonden. Het Bureau Medische Controle stelt dan weer het advies betreffende de indicatie voor het Verbindingskantoor op.

Bemiddeling bij plaatsing

Nadat toestemming voor opname verkregen is bemiddelt de GG en GD bij de plaatsing zowel in somatische als psychogeriatrische verpleeghuizen.

Wanneer geen indicatie voor opneming aanwezig is kan de GG en GD samen met de aanvrager de mogelijkheid van andere oplossingen bekijken, zoals bijvoorbeeld dagbehandeling.

OMVANG VAN HET WERK

Om een indruk te geven van aard en omvang van de werkzaamheden in het kader van verpleeghuisopneming staan in tabel 1 enkele cijfers over het jaar 1982.

In 1982 werden door de afdeling 3630 nieuwe aanvragen in behandeling genomen. Van de in totaal 3565 behandelde aanvragen werden er 2553 gehonoreerd met opname in een verpleeghuis, 1012 kwamen er om diverse redenen te vervallen.

Er resulteerde aan het eind van het jaar 124 personen op de wachtlijst van 1982.

WAT ZIJN DE PLANNEN

In de bestaande situatie lijkt in de nabije toekomst verandering te komen.

De vereniging van verpleeghuizen wenst een verandering van de procedure. Boven-

Tabel 1. Overzicht van aantallen aanvragen en types afhandeling m.b.t. opneming in verpleeghuizen. Afdeling Sociaal Medische Zorg, GG en GD Den Haag, 1982.

Aanvragen:		
Wachtlijst 1981	:	59
Nieuw 1982	:	3630
Totaal	:	3689
Gehonoreerde aanvragen:		
Herstel AWBZ	:	34
Opname uit woning	:	881
Opname uit ziekenhuis	:	1451
Opname uit psychiatrisch ziekenhuis	:	13
Opname uit verzorgingshuis	:	124
Overplaatsingen	:	50
Totaal	:	2553
Niet gehonoreerde aanvragen:		
Geen AWBZ	:	54
Opname in ziekenhuis	:	93
Uit ziekenhuis naar huis	:	164
Heropname ziekenhuis	:	160
Door betrokkene geweigerd	:	217
Overleden	:	168
Overgedragen aan GGZ	:	104
Overgedragen aan Bureau Indicatiecommissie	:	52
Totaal	:	1012
Totaal:		3565

dien spelen reorganisatieplannen n.a.v. bezuinigingsoperaties binnen de gemeente een rol. Sinds enige jaren onderzoekt de commissie plaatsingsbeleid verpleeghuispatiënten de "commissie Reynaerts" (1) de verschillende mogelijkheden. Aanvankelijk handelde het rapport alleen over de procedure bij opname in somatische verpleeghuizen maar is nu uitgebreid met psychogeriatrische opnames. Het rapport van de commissie is inmiddels gereed gekomen en aangeboden aan de wethouder van Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid.

In het kort komen de voorstellen van het rapport hierop neer:

Er komt een duidelijke scheiding tussen de indicatiestelling en de opname-bemiddeling.

De indicatiestelling zelf zal berusten bij het Bureau Medische Controle. De voorbereidende werkzaamheden voor de indicatiestelling zullen hierdoor bij de GG en GD geheel verdwijnen. De aanvrager zal voldoende gegevens moeten aanleveren bij het Bureau Medische Controle om de indicatie, urgentie, voorkeur etc. te kunnen vaststellen. Hiervoor moet een nieuw formulier ontwikkeld worden. In twijfelgevallen zal het advies van de prae-adviseur gevraagd worden.

De bemiddeling bij plaatsing komt te liggen bij het bemiddelingsbureau dat

ook de definitieve urgentie moet vaststellen. Dit bemiddelingsbureau heeft tevens de voorlichting over de plaatsing als taak. De verantwoordelijkheid voor dit bemiddelingsbureau komt te liggen bij de gezamenlijke verpleeghuizen.

De GG en GD ziet deze ontwikkelingen met grote bezorgdheid tegemoet. De omvangrijke werkzaamheden rondom de indicatiestelling en plaatsing gebeuren nu met zorg door een groot aantal personen, die zeer specifieke deskundigheid hebben opgebouwd op dit gebied. In de nieuwe opzet wordt deze deskundigheid verwacht bij een kleiner aantal personen met minder routine op dit gebied. Gevreesd mag worden dat dan niet ieder, met name de groep zeer kwetsbare patiënten, de zorg kan krijgen die nodig is. Bij het voorgaande zal er bovendien rekening mee gehouden moeten worden dat er meer beroep gedaan zal worden op de aanvragers m.n. de huisartsen. Zij zullen na gedegen onderzoek en afweging van belangen de informatie moeten aandragen, die momenteel nog door de GG en GD worden geleverd.

De GG en GD heeft zich uitgesproken voor handhaving van de huidige situatie. Zij heeft dit gedaan op basis van grote bezorgdheid welke zij kon hebben vanwege een uitgebreide ervaring en goede kennis van dit gebied.

Literatuur

1. Rapportage Werkgroep Plaatsingsbeleid Verpleeghuispatiënten, commissie Reynaerts, 's-Gravenhage, maart 1984.
-

AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN

Een overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten in Den Haag over het eerste kwartaal 1984.

Hieronder volgt voor enkele infectieziekten enige casuïstiek en/of epidemiologie.

Dysenteria Bacillaris

Er werden 9 gevallen aangegeven, (alle shigella flexneri). Twee patiënten liepen de besmetting op via het eten van garnalen. Bij de overige gevallen bleef de bron onbekend. Drie patiënten werden in een ziekenhuis opgenomen.

Hepatitis A

Er werden 22 gevallen aangegeven, waarvan 1 patiënt in het buitenland besmet werd. Zes personen liepen de besmetting op in één en dezelfde kindercrèche (ondanks het feit dat de crèche 4 weken gesloten werd). Alle 6 personen uit éénzelfde gezin werden geïnfecteerd. Drie gevallen werden in een ziekenhuis opgenomen.

Hepatitis B

Er werden 7 gevallen aangegeven. Voor 1 patiënt volgde opname in een ziekenhuis. Over de wijze van besmetting kan het volgende worden opgemerkt:

- sexueel contact: 1 persoon
- Pakistan : 6 personen

Lepra

Er werd 1 geval afkomstig uit Suriname aangegeven.

Meningococcosis

Er werd 1 geval aangegeven. Het betrof een 12-jarige jongen die opgenomen werd in een ziekenhuis.

Paratyfus B

Er werd 1 patiënt van Marokkaanse afkomst aangegeven. De infectie kwam aan het licht bij een kweek van het opera-

tiepreparaat bij een cholesectomie.

Pertussis

Er werden 4 gevallen aangegeven. Twee kinderen bleken onvoldoende ingeënt. De andere twee waren vanwege de jonge leeftijd nog niet ingeënt. Eén kind werd opgenomen in een ziekenhuis.

Rubella

Er werden 13 gevallen aangegeven. Negenentwintig I.g.G. testen werden verricht. Twee vrouwen bleken geen antistoffen te hebben. Bij 1 vrouw werd een I.G.M. test verricht met een positieve uitslag waarna curettage plaats vond. Aan 34 vrouwen werd anti-Rubella vaccin (Ervevax) toegediend.

Salmonellosis

Er werden 39 gevallen aangegeven, waarvan 20 personen in een ziekenhuis werden opgenomen.

Scabies

Er werden 2 gevallen aangegeven.

Tuberculosis

Er werden 25 gevallen aangegeven, waarvan 8 patiënten in een ziekenhuis werden opgenomen.

Voedselinfectie

Er werden 56 gevallen aangegeven, waarvan 8 personen in een ziekenhuis werden opgenomen. Bij alle personen bleek de campylobacter-bacterie de oorzaak van de infectie.

Gonorrhoea

Er werden 265 gevallen aangegeven.

Syphilis

Er werden 29 gevallen aangegeven.

Parotitis epidemica

Er werd 1 geval aangegeven.

1e kwartaal 1984

INFECTIEZIEKTE	Leeftijd en geslacht																Sub-totaal		Totaal	Opge-nomen
	0-1		2-4		5-14		15-19		20-39		40-49		50-65		66 +		m	v	m + v	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v				
Vervolg groep B																				
Trichinosis																				
Tuberculosis									6	7	3	2	1	2	1	3	11	14	25	8
Tularaemia																				
Typhus exanth.																				
Voedselinfectie	1	4	4	3	3	3	2	2	11	6	2	1	3	1	5	5	31	25	56	8
Groep C																				
Gonorrhoea						1	7	17	144	65	22	1	6	2			179	86	265	-
Syphilis (prim. sec.)								1	12	10		2	4				16	13	29	-
Syphilis congenita																				
Parotitis epidemica			1														1	-	1	-