

³⁵ Cunningham T, Farrell J, Veale D, Fitzgerald O. Anterior mediastinal fibrosis with superior vena caval obstruction complicating the synovitis-acne-pustulosis-hyperostosis-osteomyelitis syndrome. *Br J Rheumatol* 1993;32:408-10.

³⁶ Imai H, Kodama T, Ishino T, Yasuda T, Miura AB, Asakura K, et al. IgA nephropathy associated with hyper IgAnemia, psoriasis or pustulosis and ossification. *Clin Nephrol* 1995;44:64-8.

³⁷ Kanno T, Funabashi Y, Nishimaki T, Kasukawa R, Sagawa K. A case of pustulotic arthro-osteitis with secondary amyloidosis. *Ryumachi* 1991;31:199-205.

Aanvaard op 11 februari 1997

Oorspronkelijke stukken

Voorkeurshouding bij zuigelingen; groot beroep op de gezondheidszorg

M.M. BOERE-BOONEKAMP, A.T. VAN DER LINDEN-KUIPER EN P. VAN ES

Door artsen werkzaam op de consultatiebureaus (CB's) voor zuigelingen wordt de laatste jaren een toename gemeld van kinderen met een voorkeurshouding.^{1,2} In rugligging liggen deze kinderen vrijwel voortdurend met het hoofd naar één en dezelfde kant gedraaid. Er is actieve en vaak ook passieve bewegingsbeperking. Regelmatig wordt een afplatting aan de achterzijde van het hoofd waargenomen, soms ook een afplatting van het voorhoofd, een torticollis, een afstaand oor ('bat ear'), een scoliose, een abductiebeperking van een van de heupen en (of) een standsafwijking van de voet(en).

Het beschreven beeld komt in de literatuur onder verschillende namen en beschrijvingen voor, afhankelijk van de invalshoek van waaruit men naar het symptomencomplex kijkt: zuigelingenscoliose,^{3,4} 'moulded baby syndrome',⁵ 'habitual unilateral supine position',⁶ 'squint baby syndrome',⁷ 'TAC syndrome' (van: 'turned head, adducted hip, truncal curvature').⁸ Als oorzaak worden pre-, peri- en (of) postnatale factoren genoemd.^{3,4,6-8} De resultaten van onderzoeken naar het voorkomen van een voorkeursstand van het hoofd bij voldragen pasgeborenen spreken elkaar tegen.^{9,10} Gegevens over het voorkomen bij oudere kinderen zijn er nauwelijks. De beschreven afwijkingen vormen nogal eens aanleiding tot verwijzing naar de huisarts en vervolgens naar de tweede lijn. Door diverse auteurs wordt geadviseerd om een heupafwijking uit te sluiten en behandeling in te stellen in de vorm van fysiotherapie.^{5-7,11} Bij een ernstige asymmetrie van het hoofd wordt soms helmtherapie geadviseerd.^{1,11,12}

De toename van het aantal kinderen met een voorkeurshouding lijkt samen te vallen met de gewijzigde advisering met betrekking tot de ligging van zuigelingen. Sedert het verband is komen vast te staan tussen buik-

SAMENVATTING

Doel. Bepalen van de prevalentie van voorkeurshouding bij zuigelingen jonger dan 6 maanden; bepalen van het percentage verwijzingen/behandelingen en opsporen van risicofactoren voor voorkeurshouding.

Opzet. Descriptief gecontroleerd onderzoek.

Plaats. Consultatiebureaus (CB's) voor zuigelingen in Nederland.

Methoden. Gedurende september 1995 werden door 167 CB-artsen 7609 zuigelingen onderzocht op de aanwezigheid van een voorkeurshouding. Van elk kind met voorkeurshouding (n = 623) en van een volgend kind zonder voorkeurshouding, van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht, vond registratie plaats van gegevens uit lichamelijk onderzoek en van risicofactoren. Zes maanden nadien werden 468 kinderen met voorkeurshouding opnieuw onderzocht.

Resultaten. De prevalentie van voorkeurshouding bedroeg 8,2% en was het hoogst bij zuigelingen jonger dan 16 weken. De verhouding jongens-meisjes bedroeg 3:2. Voorkeurshouding kwam frequenter voor bij eerstgeborenen, prematuren en kinderen met stuitligging bij de bevalling. De ligging van het kind na de eerste levensweek en de wijze van aanbieden van de voeding bleken significante risicofactoren. Op het moment van naonderzoek was 32% van de kinderen met voorkeurshouding verwezen voor nadere diagnostiek en eventueel behandeling.

Conclusie. Voorkeurshouding kwam frequent voor en leidde tot verwijzing en (of) behandeling van 2,5% van alle kinderen jonger dan 6 maanden.

ligging en wiegendood wordt aanbevolen zuigelingen al vanaf enkele dagen na de geboorte op de rug te slapen te leggen. Sinds 1989 wordt zowel buik- als zijligging ten sterkste afgeraden.^{13,14} Een oorzakelijk verband tussen de slaaphouding van zuigelingen en voorkeurshouding is echter niet aangetoond. In de laatste jaren zijn her en der in het land initiatieven genomen gericht op preventie van voorkeurshouding.

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van een onderzoek naar de prevalentie van voorkeurshouding bij zuigelingen tot de leeftijd van 6 maanden die op het CB worden gezien. Voorts gaan wij in op de relatie tussen voorkeurshouding en geslacht van het kind, het geboortenummer, pre- en perinatale factoren en de wijze van verzorgen en voeden van het kind. Tenslotte be-

Thuiszorg Centraal Twente, Consultatiebureau, Hengelo.
Mw.dr.M.M.Boere-Boonekamp, jeugdarts (tevens: Centrum Onderzoek Gezondheidszorg, Universiteit Twente, Enschede).
Groene Kruis Heuvelland, Maastricht.
Mw.A.T.van der Linden-Kuiper, consultatiebureau-arts.
Kruiswerk Zuid-Kennemerland, Consultatiebureau, Haarlem.
Mw.P.van Es, consultatiebureau-arts.
Correspondentie-adres: mw.dr.M.M. Boere-Boonekamp, Geelster 43, 7577 GG Oldenzaal.

schrijven wij welke maatregelen door de CB-arts werden genomen bij kinderen met voorkeurshouding.

POPULATIE EN METHODEN

In september 1995 verrichtten wij een transversaal onderzoek onder 7609 kinderen jonger dan 6 maanden die op het CB werden gezien. In totaal werkten 167 CB-artsen verspreid over het gehele land mee aan het onderzoek. Tijdens de gebruikelijke consulten werd geregistreerd of er bij de onderzochte kinderen sprake was van een voorkeurshouding.

Definitie van voorkeurshouding. Voorkeurshouding werd als volgt gedefinieerd: de situatie waarin een zuigeling spontaan gedurende ongeveer driekwart van de tijd met het hoofd naar één kant kijkt of gedraaid ligt (rechts of links). Volgen met ogen en hoofd over 180° is niet te bewerkstelligen; passief draaien van het hoofd naar de andere zijde is dikwijls wel mogelijk, maar regelmatig is de beweging beperkt.

Controlegroep. Van elk kind met voorkeurshouding (n = 623) vond registratie plaats van gegevens verkregen bij anamnese en lichamelijk onderzoek. Van het eerstvolgende kind op het CB van hetzelfde geslacht, dezelfde leeftijd (met een toegestane afwijking van circa 4 weken), maar zonder voorkeurshouding, werden dezelfde gegevens geregistreerd; dezen vormden de controlegroep.

De volgende anamnestiche gegevens werden verzameld:

- geslacht, geboorterangnummer, eenling/meerling, maturiteit bij de geboorte, hoeveelheid vruchtwater, aard van de partus (vaginaal, sectio caesarea), ligging (stuitligging, andere ligging), gebruik van vacuüm/forceps, complicaties van de bevalling (claviculafractuur, schouderdystocie);
- ligging in de eerste levensweek, na de eerste week en op het moment van onderzoek op het CB; de zijde van de baby waar men staat tijdens de verzorging, de hand waarmee gewoonlijk de voeding wordt aangeboden, de soort voeding.

Gegevensverzameling over het lichamelijk onderzoek betrof enerzijds spontane motoriek, actief volgen, passieve bewegelijkheid van het hoofd; anderzijds symmetrie van achterhoofd en voorhoofd, stand van de oren, aanwezigheid van torticollis, scoliose, abductiebeperking van de heupen en voetafwijkingen. Tevens werd geregistreerd of tijdens het consult houdings- en hantingsadviezen werden gegeven en of verwijzing of behandeling plaatsvond.

Naonderzoek. Een half jaar na het prevalentieonderzoek werd driekwart van de kinderen met voorkeurshouding (468) wederom lichamelijk onderzocht en werd het tussentijdse beloop nagevraagd.

Berekeningen. Verschillen tussen frequenties werden getoetst met de χ^2 -toets. Een verschil met $p < 0,05$ werd als significant beschouwd. Voor de verschillende risicofactoren werden de odds-ratio's (OR) berekend.

RESULTATEN

Prevalentie van voorkeurshouding. Voorkeurshouding kwam voor bij 8,2% (n = 623) van de onderzochte kin-

deren. De berekende prevalentie bij kinderen jonger dan 8 weken bedroeg 10%, bij kinderen van 8-16 weken 11% en bij kinderen van 16-26 weken 3%. De verhouding jongens:meisjes was 3:2. De controlegroep bestond uit 554 kinderen. (Bij 69 kinderen met voorkeurshouding werd binnen de afgesproken onderzoeksmaand geen gematcht controlekind gevonden. Door een aantal CB-artsen waren bij 108 controlekinderen de bevindingen bij lichamelijk onderzoek niet in detail geregistreerd.)

Gegevens over de motoriek van de 623 kinderen met voorkeurshouding en van 446 controlekinderen staan vermeld in tabel 1. Bij 68% van de kinderen met voorkeurshouding betrof het een voorkeur naar rechts, bij 27% naar links, bij 5% was de richting niet aangegeven. Bij 30% van de kinderen met voorkeurshouding ging het om een ernstige vorm, gepaard gaande met een passieve bewegingsbeperking (prevalentie in de gehele onderzoekspopulatie: 2,4%). De specifieke bevindingen bij lichamelijk onderzoek, genoemd in tabel 2, kwamen alle significant vaker voor bij de kinderen met voorkeurshouding. Kinderen met voorkeurshouding én afplatting van het achterhoofd waren gemiddeld ouder dan kinderen met voorkeurshouding zonder afplatting, respectievelijk 83 en 63 dagen. De prevalentie van afplatting van

TABEL 1. Motoriek van 623 kinderen jonger dan 6 maanden met voorkeurshouding en van gematchte controlekinderen (aangegeven zijn percentages)

<i>onderzoeksbevinding</i>	<i>kinderen met voorkeurshouding (n = 623)</i>	<i>controlekinderen (n = 446*)</i>
<i>spontane motoriek</i>		
omhoogkijken	2,9	4,1
alleen naar links	18,9	0,2
alleen naar rechts	50,0	1,8
naar alle kanten	28,1	93,9
<i>volgen naar rechts</i>		
middellijn	7,9	3,1
tot 45°	14,5	9,8
tot 70°	18,0	17,5
tot 90°	59,6	69,6
<i>volgen naar links</i>		
middellijn	15,8	3,3
tot 45°	23,3	10,3
tot 70°	25,0	17,7
tot 90°	35,9	68,7
<i>passieve bewegelijkheid van het hoofd naar rechts</i>		
op middellijn	0,8	-
tot 45°	2,3	0,6
tot 70°	11,2	3,4
tot 90°	85,7	96,0
<i>passieve bewegelijkheid van het hoofd naar links</i>		
op middellijn	0,8	-
tot 45°	4,2	0,7
tot 70°	14,9	3,8
tot 90°	80,1	95,5

*Van 446 van de 554 controlekinderen waren gedetailleerde gegevens geregistreerd over het lichamelijk onderzoek.

TABEL 2. De prevalentie van specifieke bevindingen bij lichamelijk onderzoek van 623 kinderen jonger dan 6 maanden met voorkeursohouding en van gematchte controlekinderen

onderzoeksbevinding	kinderen met voorkeursohouding (n = 623)	controlekinderen (n = 446*)
afplating achterhoofd	76,0	4,0
afplating voorhoofd	34,8	2,0
eenzijdig afstaand oor	11,4	1,2
torticollis	7,6	0,2
scoliose	18,4	1,1
abductiebeperking heup(en)	8,0	1,4
standsafwijking voet(en)	2,4	0,2

*Van 446 van de 554 controlekinderen waren gedetailleerde gegevens geregistreerd over het lichamelijk onderzoek.

het achterhoofd werd voor de gehele onderzoekspopulatie berekend op 9,9%.

Risicofactoren. De ligging van het kind (na de eerste week en op het moment van onderzoek) en de wijze waarop de voeding werd aangeboden, hingen significant samen met voorkeursohouding. Dit gold ook voor het geboortetijdnummer van het kind, de zwangerschapsduur en de ligging bij de bevalling (tabel 3). Meerlingzwangerschap, hoeveelheid vruchtwater, aard van de partus, gebruik van vacuüm of forceps en eventuele complicaties bij vaginale partus, ligging in de eerste week en de zijde waar men staat tijdens de verzorging van de baby, bleken niet samen te hangen met de prevalentie van voorkeursohouding.

Maatregelen van de CB-arts. Aan de ouders van ruim 96% van de kinderen met voorkeursohouding werden houdings- en hanteringsadviezen gegeven. Ongeveer 17% (n = 107) werd verwezen naar de huisarts of was reeds onder behandeling. Er werd naonderzoek verricht bij 468 kinderen met voorkeursohouding; de 155 kinderen die niet konden worden onderzocht, verschilden niet van de 468 wat betreft leeftijd, geslacht en ernst van de voorkeursohouding. Uit het naonderzoek bleek dat een duidelijke verbetering was opgetreden: 22% had nog een actieve bewegingsbeperking, 8% een passieve bewegingsbeperking, 47% een afplating van het achterhoofd en 23% van het voorhoofd. In de periode tussen het eerste onderzoek en het naonderzoek bleek 15% van de kinderen alsnog te zijn verwezen wegens voorkeursohouding, in totaal dus 32%.

BESCHOUWING

Over een eventuele stijging van de frequentie van voorkeursohouding bij kleine kinderen kan op grond van de gevonden prevalentie van ruim 8% in dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan aangezien eerdere gegevens uit vergelijkbaar onderzoek ontbreken. Wij vonden frequenter voorkeursohouding naar rechts en bij jongens; dat wordt ook door andere auteurs gemeld.^{3 4 6 12 15}

De voor de gehele onderzoekspopulatie (n = 7609) berekende prevalentie van plagiocefalie van bijna 10% is veel hoger dan de in de literatuur vermelde schatting van 0,3%. De prevalentie van plagiocefalie door een sy-

nostose van één of meer schedelnaaden bedraagt slechts 0,04%. Onder de kinderen met voorkeursohouding werden in dit onderzoek geen gevallen van synostose aangetroffen. In alle gevallen was er sprake van plagiocefalie door deformatie. Vanuit de kliniek wordt een sterke stijging van het aantal verwezen kinderen met deze vorm van plagiocefalie gemeld.^{1 12}

Torticollis, abductiebeperking van de heupen en (of) scoliose werden significant vaker waargenomen bij kinderen met voorkeursohouding dan bij controlekinderen. In een aantal gevallen ligt aan deze verschijnselen een anatomisch substraat ten grondslag, bijvoorbeeld een hematom in de M. sternocleidomastoideus (na een moeilijke stuitbevalling), een dysplastische heupontwikkeling of een gestoorde neuromotoriek.^{1 6 16} Vaak zijn deze verschijnselen echter het gevolg van de voorkeursohouding.

Het vaker voorkomen van voorkeursohouding bij eerstgeborenen en na stuitligging wordt toegeschreven aan een verhoogde compressie van de foetus aan het einde van de zwangerschap.¹⁷ Bij het frequenter voorkomen van voorkeursohouding onder prematuren spelen zowel de lagere tonus, de beperkte bewegingsmogelijkheid als de aard van de verzorging een etiologische rol.¹⁸

Voorkeursohouding werd significant vaker aangetroffen bij kinderen die de voeding altijd vanaf dezelfde kant door de verzorger kregen aangeboden. Om deze reden bleek borstvoeding een beschermend effect te hebben. Eenzijdige stimulatie door voeding en door licht en geluid wordt elders ook gezien als mogelijke oorzaak van voorkeursohouding.^{7 16}

In ons onderzoek werd een beschermend effect aangetoond van zij- en buikligging. In Zweden werd in een ongeselecteerde populatie kinderen bij 2,4% van de

TABEL 3. Gegevens over zwangerschap, bevalling, ligging en verzorging van 623 kinderen jonger dan 6 maanden met voorkeursohouding en van gematchte controlekinderen, met odds-ratio's

kenmerk/risicofactor	percentage kinderen		odds-ratio (95%-BI)
	met voorkeursohouding (n = 623)	controlekinderen (n = 554)	
eerste kind	48,1	39,6	1,4 (1,1-1,8)
tweede en volgende kind	51,9	60,4	
prematuritas à terme	10,7 89,3	6,3 93,7	1,8 (1,2-2,8)
stuitligging	8,6	5,2	1,7 (1,1-2,7)
andere ligging	91,4	94,8	
rugligging na 1e week	99,8	96,6	20,9 (2,8-157)
andere ligging	0,2	3,4	
rugligging nu	97,1	93,7	2,3 (1,2-4,1)
andere ligging	2,9	6,3	
voorkeurzijde voeden geen voorkeur (of borstvoeding)	64,2 35,8	54,0 46,0	1,5 (1,2-2,9)

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

kinderen met buikligging en bij 19% van degenen met rugligging een scheve houding vastgesteld.⁶ Rugligging wordt op diverse plaatsen beschreven als risicofactor voor voorkeurshouding.^{3 4 6 11 12} Wisselligging gedurende de eerste levensmaanden zorgt voor een 'natuurlijke' correctie van schedel- en rompasymmetrieën.¹⁹ In de Verenigde Staten werd de toename van non-synostotische plagiocefalie onlangs in verband gebracht met de gewijzigde liggingsadviezen.¹²

Aan vrijwel alle ouders van kinderen met voorkeurs-houding werden houdings- en hanteringsadviezen gegeven. Het grote aantal kinderen dat daarnaast werd verwezen en (of) behandeld (32%), is verontrustend. Uit ons naonderzoek bleek bovendien dat, ondanks advisering en behandeling, de bewegingsbeperking en de begeleidente verschijnselen bij voorkeurshouding regelmatig hardnekkig zijn.

CONCLUSIE

Wanneer een baby in de eerste maanden na de geboorte een voorkeurshouding ontwikkelt, vaak gepaard gaande met een afplating van het achterhoofd en (of) andere begeleidente verschijnselen, leidt dit nogal eens tot ongerustheid bij de ouders. Hoewel het natuurlijke beloop gunstig is, in die zin dat geen neurologische afwijkingen te verwachten zijn, wordt bijna eenderde van de kinderen met een dergelijke asymmetrie verwezen en (of) behandeld. Dit komt neer op 2,5% van de totale CB-populatie jonger dan 6 maanden. Gezien dit hoge aantal verwijzingen, de hardnekkigheid van het beeld, de medicalisering en de kosten lijkt een primair preventieve aanpak te verkiezen. Als de relatie tussen voorkeurshouding en de verzorging van de baby ('rugligging na de eerste week' en 'eenzijdig aanbieden van de voeding') causaal van aard is, zullen preventieve adviezen tot een afname van het vóórkomen van voorkeurshouding moeten leiden. Deze adviezen zouden moeten aansluiten bij het landelijk advies met betrekking tot de slaaphouding van zuigelingen en er een geïntegreerd onderdeel van moeten uitmaken.

Dit onderzoek werd uitgevoerd op initiatief van de wetenschappelijke commissie van de Landelijke Federatie van CB-artsenverenigingen.

De gegevensverzameling was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van alle CB-artsen en medewerkers van de Thuiszorg-/Kruiswerkorganisaties. Wij danken mw.dr. A.A.J.M.Hazebroek-Kampschreur en dr.P.B.Schuil, jeugdartsen, voor commentaar op een eerdere versie van het manuscript. Dit onderzoek was mede mogelijk door financiële steun van de Stichting Fondsenwervingsacties Volksgezondheid en Friesland Dairy Foods.

ABSTRACT

Preferential posture in infants; a serious call on health care

Objective. To determine the prevalence of preferential posture in infants up to the age of six months; to determine the percentage of referrals for diagnostics and (or) treatment; to gather information about risk factors.

Setting. Infant Health Care (IHC) centres in the Netherlands.

Design. Descriptive controlled investigation.

Method. During September 1995 a total of 7609 infants were examined by 167 IHC doctors for the presence of preferential posture. Data on the physical examination and on the occurrence of risk factors were registered for every child with preferential posture (n = 623) and for a next child of the same age and the same sex without preferential posture. Six months later 468 children with preferential posture were re-examined.

Results. The prevalence of preferential posture was 8.2% and was highest in children below 16 weeks of age. The ratio boy:girl was 3:2. Firstborns, premature children and children in breech position at the time of delivery, had a higher risk for preferential posture. The position of the child after the first week of life and the way of feeding proved to be significant risk factors. After six months 32% of the children with preferential posture had been referred for additional diagnostics and, if necessary, treatment.

Conclusion. Preferential posture is frequently observed and leads to referral, additional diagnostics and (or) treatment in 2.5% of all children up to 6 months of age.

LITERATUUR

- 1 Heeft afplating van de schedel blijvende gevolgen voor de ontwikkeling van de hersenen? [Vraag en antwoord]. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:381,1090,1416,1963,2646.
- 2 Vraag en antwoord. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1996;28:30.
- 3 Mau H, Gabe I. Die sogenannte Säuglingsskoliose und ihre krankengymnastische Behandlung. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 1981.
- 4 Sleijnen FAM. Asymmetrie bij baby's. Tijdschr Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg 1996;14:6-12.
- 5 Good C, Walker G. The hip in the moulded baby syndrome. J Bone Joint Surg Br 1984;66:491-2.
- 6 Palmèn K. Prevention of congenital dislocation of the hip. The Swedish experience of neonatal treatment of hip joint instability. Acta Orthop Scand Suppl 1984;208:1-107.
- 7 Ruige M, Palmans EJ, Vles JHS. Hoofdzaken en kopzorgen bij plagiocefalie. Tijdschr Kindergeneesk 1993;61:24-7.
- 8 Hamanishi C, Tanaka S. Turned head - adducted hip - truncal curvature syndrome. Arch Dis Child 1994;70:515-9.
- 9 Vles J, Zutphen S van, Hasaart T, Dassen W, Lodder J. Supine and prone head orientation preference in term infants. Brain Dev 1991; 13:87-90.
- 10 Ververs IAP, Vries JIP de, Geijn HP van, Hopkins B. Prenatal head position from 12-38 weeks. I. Developmental aspects. Early Hum Dev 1994;39:83-91.
- 11 Hansen M, Mulliken JB. Frontal plagiocephaly. Clin Plast Surg 1994;21:543-53.
- 12 Kane AA, Mitchell LE, Craven KP, Marsh JL. Observations on a recent increase in plagiocephaly without synostosis. Pediatrics 1996;97: 877-85.
- 13 Jonge GA de, Engelberts AC. Naar preventie van Wiegedood. T Jeugdgezondheidsz 1987;19:91-2.
- 14 Jonge GA de. Zijligging als slaaphouding voor zuigelingen ontra-den. T Jeugdgezondheidsz 1992;24:72-4.
- 15 Bruneteau RJ, Mulliken JB. Frontal plagiocephaly: synostotic, compensational, or deformational. Plast Reconstr Surg 1992;89:21-31.
- 16 Crombag H. Scheefhals of torticollis. Tijdschr Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg 1994;9:10-27.
- 17 Dunn PM. Perinatal observations on the etiology of congenital dislocation of the hip. Clin Orthop 1976;119:11-22.
- 18 Vles JSH, Oostenbrugge R van, Kingma H, Caberg H, Casaer P. Head position in low-risk premature infants. Impact of nursing routines. Biol Neonate 1988;54:307-13.
- 19 Bijl H. Vroege opsporing en diagnostiek asymmetrieën bij zuigelingen. Tijdschr Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg 1996;14:15-7.

Aanvaard op 13 januari 1997