

Passief roken en het gehoor van zuigelingen

Samenvatting

Bij 2151 zuigelingen is nagegaan of er een relatie bestaat tussen gehoorverlies en passief roken. Hierbij is de uitslag van de gehoorscreening volgens de methode Ewing gebruikt als maat voor het wel of niet aanwezig zijn van een gehoorafwijking. Het rookgedrag van de dagelijkse verzorger en andere gezinsleden is ten tijde van de eerste gehoortest nagevraagd. De respons aan het gehooronderzoek was 83%. Onder jonge moeders bevond zich het hoogste percentage wegblijvers. In 45% van de huishoudens werd gerookt. Jonge ouders rookten meer sigaretten per dag dan oudere. Bij 1562 zuigelingen is de volledige gehoortest uitgevoerd. Hiervan reageerde 8% onvoldoende bij het verwijzingsonderzoek. Dit was significant vaker het geval bij jongens dan bij meisjes ($p3/40,05$). In dit onderzoek is geen verband aangetoond tussen passief roken en een onvoldoende reactie op de Ewing-test.

Een goed gehoor is een voorwaarde voor een goede spraakontwikkeling.^{1,2} Een verminderde gehoorfunctie op basis van geleidingsstoornissen treedt veelvuldig op bij zuigelingen vanaf de leeftijd van 6 maanden. De gehoorsvermindering wordt meestal veroorzaakt door otitis media met effusie (OME). Bij de helft van de kinderen duurt deze stoornis langer dan drie maanden en is er een grote kans op herhaling.³ Het hierdoor veroorzaakte gehoorverlies kan in sterkte wisselen en een nadelige invloed hebben op de ontwikkeling van de auditieve verwerkingsprocessen, met als gevolg een gestoorde spraak- en taalontwikkeling. Dit kan weer effect hebben op het psycho-sociaal gedrag en de rijping van de cognitieve vaardigheden. Het eerste levensjaar wordt als de kritische periode voor de communicatieve ontwikkeling beschouwd.^{1,2}

De oorzaak van de oorontsteking is vaak een combinatie van factoren, zoals virale en bacteriële infecties, vernauwing van de buis van Eustachius ter hoogte van de nasopharynx, omgevingsfactoren en mogelijk ook individuele aanleg.^{4,5} Als risico-indicatoren worden hierbij aangemerkt leeftijd, geslacht, seizoen, gezinsgrootte, sociaal-economische status, kinderopvang, allergie en omgevingsfactoren.^{4,6}

Als een van de omgevingsfactoren wordt passief roken genoemd, dat wil zeggen, het inademen van door rookgassen verontreinigde lucht. Vergeleken met volwassenen ademen zuigelingen, vanwege hun hoge

ademfrequentie, relatief meer lucht – en dus ook meer verontreinigingen – in per kg lichaamsgewicht.⁷ Zuigelingen brengen het grootste deel van de dag binnenshuis door en de samenstelling van de lucht binnen de woning is daarom van groot belang voor deze leeftijdsgroep. Uit onderzoek blijkt, dat in 60% van de Nederlandse woningen wordt gerookt.⁸ Omgevingstabaksrook is voor het grootste deel afkomstig van smeulende tabak en bevat een groot aantal toxische componenten.⁹ Dat niet-rokers schadelijke stoffen opnemen uit de omgevingstabaksrook kan worden aangetoond met behulp van gidsstoffen, meestal nicotine of cotinine. Door Greenberg¹⁰ werd bij zuigelingen, jonger dan één jaar, een direct verband gevonden tussen de cotinewaarden in speeksel en urine en het door hun ouders gerapporteerde rookgedrag. Etzel¹¹ signaleerde bij peuters op een kinderdagverblijf, die een serumcotinineconcentratie van >2,5 ng/ml hadden, een hogere frequentie van OME in de eerste drie levensjaren en een langere duur van de ziekte dan bij kinderen met een lagere serumspiegel. In Zuid Holland vonden Lemij et al.¹² bij zuigelingen een verband tussen roken en verkoudheid en een verband tussen verkoudheid en de uitslag van het Ewing-gehooronderzoek. Tussen roken en de uitslag van de gehoorscreening bestond géén directe relatie.

In het hier gerapporteerde onderzoek is nagegaan of er bij zuigelingen een verband bestaat tussen de uitslag van het gehooronderzoek en het rookgedrag van de ouders en de dagelijkse verzorger van het kind.

Opzet en methoden

De gegevens van dit onderzoek zijn ontleend aan het Sociaal-Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen SMOCK.¹³ Voor dit onderzoek zijn alle zuigelingen, die in 1988 en 1989 in het werkgebied van 21 consultatiebureaus in Nederland levend geboren zijn, gedurende hun eerste twee levensjaren gevolgd. Als maat voor de gehoorfunctie is de uitslag van het verwijzingsonderzoek (VWO) van de Ewing-screening gehanteerd. De screening bestaat uit drie stappen, waarbij een volgende stap alleen wordt uitgevoerd als het kind een onvoldoende reactie op de geluidsprikels heeft vertoond. De derde stap is het verwijzingsonderzoek. De eerste screening wordt uitgevoerd op de leeftijd van 9 maanden.¹⁴ Met deze gehoortest kunnen zowel perceptieve gehoorverliezen (incidentie 1:1000 kinderen) als langdurige geleidingsverliezen worden opgespoord (prevalentie 7% van de gescreende populatie).^{15,16} Op één consultatiebureau werd bij de eerste twee onderzoeksmomenten niet de Ewing-screening, maar de Boel-test uitgevoerd.

Tijdens het consultatiebureau-onderzoek van de zuigeling op de leeftijd van 9 maanden is aan de ouders gevraagd of er in huis gerookt werd door de dagelijkse verzorger van de zuigeling en/of door andere gezinsleden. Tevens is het aantal sigaretten dat per dag door de dagelijkse verzorger gerookt werd, vastgelegd. De variabele rookgedrag is samengesteld uit het rookgedrag van de dagelijkse verzorger en dat van andere

Tabel 1. Reden uitsluiting ($n=640$)

Uitval SMOCK eerste 9 maanden	221
Geen uitslag Ewing-screening	368
Rookgedrag onbekend	51

Mevr. C.M. van de Werd-Molenaar, arts, Thuiszorg IJmond, Beverwijk. Dr J.F. Meulmeester, Netherlands School of Public Health, destijds TNO Preventie en Gezondheid, Leiden. Dr W.P. Herngreen, GGD Noord-Limburg, Venlo, destijds TNO Preventie en Gezondheid, Leiden. Dr J. Reerink, Thuiszorg Walcheren, Middelburg, destijds TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.

Correspondentieadres: Mevr. C.M. van de Werd-Molenaar, arts, Vlietlaan 44, 1566 WH Assendelft.

Tabel 2. Rookgedrag ouders naar leeftijd moeder (jaren) (n=1510)

Rookgedrag	Totaal	Leeftijd moeder			
	n=1511 %n	<25 n=213 %n	25-29 n=628 %n	30-34 n=509 %n	>35 n=160 %n
V- H-*	55	42	57	60	53
V+ H-	10	14	11	9	9
V- H+	20	21	16	20	24
V+ H+	15	23	16	11	14

* V = dagelijkse verzorger, H = andere huisgeno(o)t(en); - = niet roken, + = wel roken

huisgenoten, op het tijdstip dat de baby de leeftijd van 9 maanden heeft. De sociaal-economische status is bepaald op grond van de hoogste genoten voltuioide opleiding van de moeder (laag: BaO/LBO; midden: MAVO/HAVO/VWO; hoog: HBO/universitair).

Een verschil tussen twee frequenties is getoetst op significantie met de chi-kwadraat-toets. Een verschil met een p-waarde van kleiner dan 0,05 is als significant beschouwd.

Resultaten

Onderzoekspopulatie

In het door SMOCK bestreken werkgebied zijn 2151 zuigelingen geboren. Van 1511 kinderen is de uitslag van de gehoorscreening en het rookgedrag van de ouders bekend. De reden van non-respons is vermeld in tabel 1. Er is geen verschil in non-respons naar geslacht. Wel is het percentage laag opgeleide moeders in de non-responsgroep hoger dan in de responsgroep. Bij de moeders, van wie de opleiding onbekend is, is de uitval het grootst. In de non-respons groep bevinden zich relatief meer jonge moeders dan in de responsgroep. Van de kinderen van wie het rookgedrag van de ouders onbekend is (n=51) had 10% een onvoldoende reactie op de gehoortest.

Rookgedrag gezin

Bij 45% van de kinderen werd gerookt. Van de dagelijkse verzorgers (in het algemeen waren dit de moeders van de zuigelingen) rookte 25% en van de overige gezinsleden 35% (tabel 2). In tabel 2 is het rookgedrag naar leeftijd van de moeder vermeld. In de omgeving van kinderen met een moeder jonger dan 25 jaar werd vaker gerookt door de dagelijkse verzorger dan bij kinderen met een oudere moeder (37 versus 24%). Daarentegen was het percentage andere huisgenoten dat

rookte het hoogst bij kinderen met een moeder van 35 jaar en ouder. Van de dagelijkse verzorgers die de enige roker in huis waren (n=159) rookte 52% meer dan 10 sigaretten per dag. Van de rokende dagelijkse verzorgers met rokende gezinsleden (n=228) rookte 64% meer dan 10 sigaretten per dag.

Gehoor en roken

Van de 1511 zuigelingen die aan het gehooronderzoek hebben deelgenomen vertoonden 123 kinderen (8%) bij het verwijzingsonderzoek onvoldoende reactie. Een onvoldoende reactie kwam meer voor bij jongens dan bij meisjes ($p < 0,05$). Kinderen met een onvoldoende gehoorsreactie hadden vaker een moeder van 25 jaar en ouder en een hoger opgeleide moeder. Er is geen relatie aangetoond tussen een onvoldoende gehoorscreening en rookgedrag van de dagelijkse verzorgers en huisgenoten (tabel 3).

Bespreking

In het onderhavige onderzoek is de uitslag van de gehoorscreening bij 18% onbekend. Landelijke is de opkomst voor het eerste Ewing-onderzoek 95%.¹⁶ Het is mogelijk, dat er bij méér zuigelingen een Ewing is verricht, maar dat dit op de SMOCK-formulieren niet is geregistreerd. Het percentage kinderen met een onvoldoende verwijzingsonderzoek komt overeen met het landelijk gemiddelde van 7%.¹⁶ Een verschil tussen jongens en meisjes in onvoldoende reactie bij het verwijzingsonderzoek wordt ook beschreven door Zielhuis.¹⁷ Lemij et al.¹² vonden daarentegen geen geslachtsverschil. Bij moeders jonger dan 25 jaar was de non-respons hoger dan bij oudere moeders. In deze leeftijdsgroep werd ook relatief veel gerookt. Het is mogelijk dat juist rokers niet aan het onderzoek hebben deelgenomen.

Kinderen van jonge moeders en van moeders met

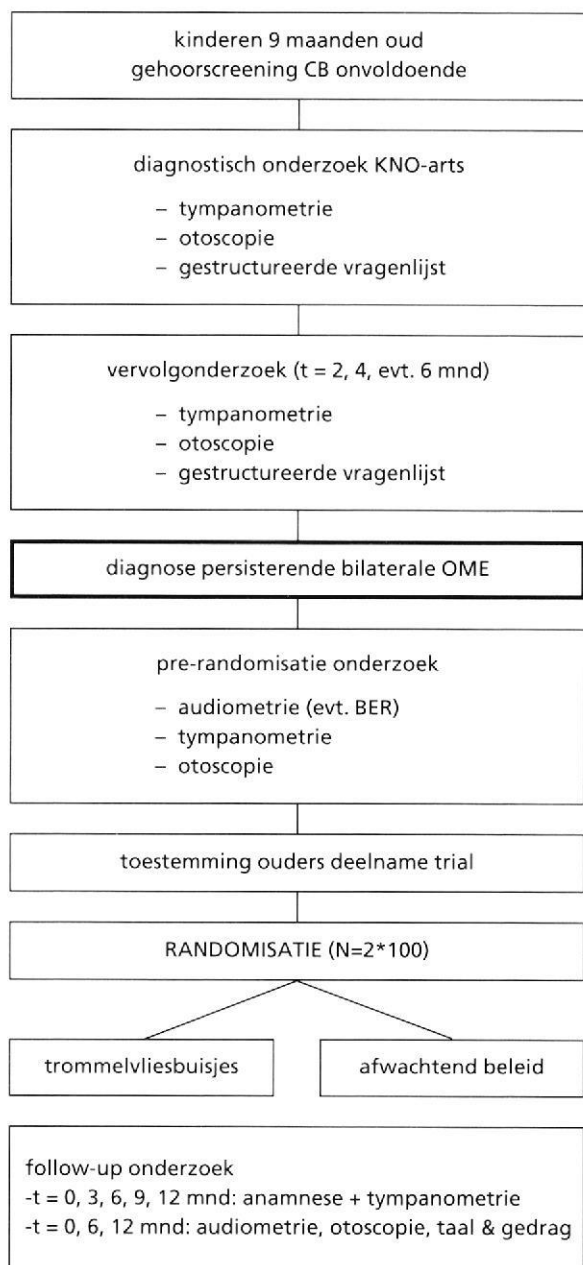
Tabel 3. Uitslag verwijzingsonderzoek Ewingtest naar rookgedrag verzorgers

		Roken	
		wel* n=674 %n	niet n=837 %n
Uitslag Verwijzingsonderzoek	onvoldoende	7,7	8,1
	voldoende	92,3	91,9

*wel: V+H-, V-H+, V+H+: V = dagelijkse verzorger, H = andere huisgeno(o)t(en); - = niet roken, + = wel roken

geen: V-H-

Pearson $\chi^2 = 0,08$; df = 1, $p = 0,77$



een lage opleiding hadden in dit onderzoek minder vaak een onvoldoende gehoorreactie. Bij de kinderen waarvan het rookgedrag van de ouders onbekend was, was het percentage met een onvoldoende gehoorsreactie iets hoger dan in de responsgroep (10% versus 8%). Op grond van deze bevindingen is een vertekening van de resultaten niet uit te sluiten. Een verhoogd risico voor non-respondenten is ook beschreven door Zielhuis.¹⁸

Het percentage rokende dagelijkse verzorgers (25%) ligt ongeveer 10% onder het landelijke gemiddelde van rokende vrouwen van vergelijkbare leeftijd in de jaren 1988 en 1989. Onder de gezinsleden is het percentage rokers 5% lager dan het percentage mannelijke rokers van vergelijkbare leeftijd in Nederland in de betreffende jaren.¹⁹ Deze percentages komen overeen met de onderzoeksresultaten van Hirasing et al.²⁰ Het SMOCK en het project van Hirasing werden beide uitgevoerd op consultatiebureaus. In deze onderzoeksituatie is onderrapportage ten gevolge van sociaal wenselijke beantwoording mogelijk.¹³ Tijdens een aantal onderzoeksmomenten van het SMOCK is gevraagd naar het rookgedrag van de verzorgers. Hierdoor kun-

nen ouders zich bewust zijn geworden van het gevaar van roken voor de gezondheid van hun kind, met in het gunstige geval aanpassing van hun gedrag daarop (minder of niet roken in het bijzijn van hun kind) en in het ongunstige geval sociaal wenselijke antwoorden. Het verschil in rookgedrag kan ook verklaard worden door het feit dat de populatie ouders van consultatiebureau-kinderen een geselecteerde groep van de totale bevolking in die leeftijdscategorie vormt. Mogelijk vertonen zij ander rookgedrag dan leeftijdsgenoten, die geen jonge kinderen hebben.

In dit onderzoek is geen verband aangetoond tussen passief roken en een onvoldoende gehoor. Dit wil niet zeggen dat er in het geheel geen relatie is. De genoemde vertekening tengevolge van selectieve non-respons kan hier debet aan zijn. In dit onderzoek is als maat voor de intensiteit van de blootstelling het roken van de dagelijkse verzorger en andere huisgenoten als variabele genomen. Méér rokers in de omgeving van het kind leidt in dit onderzoek niet tot een grotere kans op een onvoldoende gehoortest. Hierbij kan opgemerkt worden, dat het roken door meer personen in het gezin niet automatisch leidt tot een hogere blootstelling voor het kind. Het ontbreken van een dosis-respons relatie in dit onderzoek komt overeen met de bevindingen van Hinton⁵ en Strachan.²¹ Black⁴ en Richardson²² vonden daarentegen wel een dosis-responsrelatie. Bij oudere kinderen is de invloed van roken op de gehoorfunctie en een dosis-responsrelatie in diverse onderzoeken aangetoond.^{4,5,12,23} Bij oudere kinderen is de blootstelling mogelijk groter, doordat zij meer in ruimten verkeren waar gerookt wordt, dan zuigelingen. Daarnaast worden kinderen naarmate ze ouder worden misschien meer gevoelig voor de gevolgen van roken door jarenlange expositie. Er zijn echter ook onderzoeken die géén verband aantonen.^{16,24}

Concluderend kan worden gesteld dat een zuigeling met één of meer rokende ouders geen grotere kans op een onvoldoende uitslag van de gehoorscreening lijkt te hebben dan de kinderen waarbij in huis niet wordt gerookt. Jongens hebben wel een significant hogere kans op een onvoldoende resultaat bij de gehoorscreening dan meisjes. Als de moeder van de zuigeling ouder of hoog opgeleid is heeft het kind een groter risico op een onvoldoende verwijsonderzoek. Inhoeverre dit een gevolg is van selectieve respons dient nader onderzocht te worden.

Literatuur

1. Broek P van den, Rach GH, Zielhuis GA. Is otitis media met effusie schadelijk voor de taalontwikkeling van jonge kinderen? Ned Tijdschr Geneesk 1988;132:1885-8.
2. Crul TA. Het belang van vroegtijdige onderkenning en interventie voor het slechthorende kind. Medisch Contact 1986;42:1359-60.
3. Zielhuis GA, Schilder A, Broek P van den. Het spontane beloop van otitis media met effusie bij peuters. Ned Tijdschr Geneesk 1991;38:1767-9.
4. Black N. The aetiology of glue ear - a case-control study. Int J Pediatr Otorhinolaryngology 1985;9:121-33.
5. Hinton AE. Surgery for otitis media with effusion in children and its relationship to parental smoking. J Laryngol Otol 1989;103:559-61.
6. Dobben-Schoonenberg GC, Zielhuis GA, Groenewoud JM. Kinderopvang en bovenste-luchtweginfecties bij jonge kinderen. Tijdschr Soc Geneesk 1994;5:237-41.

7. Mohler SE. Passive smoking: a danger to children's health. *J Paediatr Health Care* 1987;71:290-3.
8. Lebrecht E. Air pollution in Dutch homes: an exploratory study in environmental epidemiology. Wageningen: proefschrift Landbouwhogeschool, 1985.
9. Gezondheidsraad. Passief roken: beoordeling van de schadelijkheid van omgevingstabakrook voor de gezondheid. 's-Gravenhage, 1990.
10. Greenberg RA, Haley NJ, Etzel RA, et al. Measuring the exposure of infants to tobacco smoke. *New Engl J Med* 1984;310:1075-8.
11. Etzel RA, Pattishall EN, Haley NJ, et al. Passive smoking and middle ear infections among children in day care. *Pediatrics* 1992;90:228-32.
12. Lemij-van Egmond J, Wansink-Schollaardt MMMW, Meulmeester JF. Passief roken en het gehoor bij kinderen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1992;70:711-6.
13. Hengreen WP, Reerink JD. Sociaal medisch onderzoek consultatiebureau kinderen. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, NIPG TNO, proefschrift, 1993.
14. Kauffman- de Boer M. Gehooronderzoek bij zuigelingen van 9-13 mnd. volgens de methode Ewing. Handleiding. Amsterdam: Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind.
15. Baart de la Faille MB, Kauffman- de Boer MA. Ewing screening en de resultaten. *Logopedie en Foniatrie* 1989;61:85-9.
16. Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende kind. Vroegtijdige opsporing gehoorstoornissen; toelichting op de jaarcijfers 1989. Amsterdam, 1991.
17. Zielhuis GA, Rach GH, Broek P van den. Predisposing factors for otitis media with effusion in young children. *Adv Oto-rhinolaryngol* 1988;40:65-9.
18. Zielhuis GA, Bootsma-Knippenbergh W, Groenendijk-Bemelmans H, et al. De uitslag van de Ewing-screening en de kans op otitis media met effusie op de peuterleeftijd. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989;133:1030-3.
19. Stichting Volksgezondheid en Roken. 's-Gravenhage: Jaarverslag 1991:30-1.
20. Hirasings RA, Gena SAD, Simon JG, et al. Roken in aanwezigheid van zuigelingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;28:1422-6.
21. Strachan DP. Impedance tympanometry and the home environment in seven-year-old children. *J Laryngol Otol* 1990;104:4-8.
22. Richardson MA. Upper airway complications of cigarette smoking. *J Allergy Clin Immunol* 1988;81:1032-5.
23. Green RE, Cooper NK. Passive smoking and middle ear infections. *J Royal Army Med Corps* 1991;137:31-3.
24. Cauwenberge PB van. Relevant and irrelevant predisposing factors in secretory otitis media. *Acta Otolaryngol* 1984;414:suppl 147-53.

Mededelingen

Cursus schoolaudiometrie voor verpleegkundigen en doktersassistenten in de jeugdgezondheidszorg op: theoretisch gedeelte: woensdag 18 en 25 september 1996, practicum: woensdag 2-9 en 16 oktober 1996 Gorter gebouw van TNO Preventie en Gezondheid te Leiden.

Nadere inlichtingen: Secretariaat GGD Waterland, Waterlandhuis, Waterlandlaan 65, Postbus 188, 1440 AD Purmerend, tel. 0299-421061 toestel 122 of 123.

Applicatiecursus CB-artsen

Het Bureau Post Academisch Onderwijs Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit te Rotterdam organiseert van september-november 1996 de 'Applicatiecursus voor CB-artsen'. De deelnamekosten bedragen f 1.695,-. Inlichtingen: Mevr. M Wenckebach, tel. 010-4087880.

Jeugdzorg

In april 1996 bracht de (voorlopige) Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening het advies Programmatische jeugdzorg uit aan de staatssecretarissen Terpstra en Schmitz. De beide be-

windslieden hadden de Raad om dit advies gevraagd.

De overheid wil dat het aanbod in de jeugdzorg beter op de vraag wordt afgestemd. Dit kan volgens de overheid door zorg aan te bieden in de vorm van programma's voor probleemgroepen. In het advies stelt de Raad dat probleemgroepen geen goede basis zijn voor het bieden van de noodzakelijke hulp. Zo kan de groep 'zwerfjongeren' heel uiteenlopende hulpbehoeften hebben. Het hulpaanbod dient zo georganiseerd te worden dat het aansluit op de individuele hulpbehoefte.

De Raad adviseert daarom het aanbod in de jeugdzorg op te bouwen met behulp van modules. Een module bestaat uit een of meerdere, nader gespecificeerde functies. Bijvoorbeeld: intensieve ambulante begeleiding. Met de verschillende modules wordt een programma samengesteld. De Raad beschrijft in het advies een systematiek waarmee tot modules en programma's kan worden gekomen. Verder formuleert de Raad een aantal voorwaarden voor het werken met programma's in de jeugdzorg.

Het advies Programmatische jeugdzorg is te bestellen door overmaking van f 20,- op gironummer 4062654 ten name van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid te Zoetermeer onder vermelding van publikatienummer 96/01.

Borstvoeding... uw moeite waard!!

Op 8 oktober 1996 organiseert de vereniging Borstvoeding Natuurlijk (VBN) haar tweejaarlijks congres: 'Borstvoeding... uw moeite waard!!'. Het congres wordt gehouden in de Jaarbeurs Congreszaal te Utrecht. Op dit congres zal vanuit een professionele benaderingswijze aandacht worden besteed aan diverse aspecten van het geven van borstvoeding.

Dr Gro Nylander uit Noorwegen houdt een voordracht getiteld 'Borstvoeding in Noorwegen: Waarom zo Natuurlijk?'. Verder zullen lezingen worden gehouden met de volgende titels: 'Het aanleggen van de pasgeborene', 'Relactatie', de stichting 'Zorg voor Borstvoeding', 'Borstvoeding Natuurlijk in alle culturen?', 'Moedermelk altijd beter dan flesmelk?', 'Op weg naar een beter borstvoedingsbeleid in Friesland', 'Borstvoeding voor de vroeggeborene: stand van zaken', 'Een pijnlijke kwestie (Candidiasis van de borst)'.

De kosten van het congres bedragen f 100,- voor de gehele dag inclusief een lunch en congresmap. Nadere informatie en inschrijfformulier(en) kunt u verkrijgen bij de congresorganisatie: Wiesman Congres- en Evenementenorganisatie, tel. 0346-214001, fax 0346-211416.

Het rapport 'Speciale Zorg van de Jeugdgezondheidszorg' is recent door de NVJG uitgebracht. De aanleiding was met name de veranderende wetgeving (startwet Weer Samen Naar School uit 1994 of WSNS) op het gebied van speciaal onderwijs.

Met ingang van 1 januari 1996 zijn de in deze wet genoemde Regionale Verwijzingscommissie's (RVCs) van start gegaan. Deze veranderingen in de wetgeving maakten het noodzakelijk om de rol van de jeugdarts zowel in het voortraject naar het speciaal onderwijs als in het speciaal onderwijs te verduidelijken. In het rapport komen aan bod:

- De zorg in het onderwijs met zijn verschillende zorgniveaus;
- De samenstelling en functie van de RVCs. En de rapportage aan de RVC;
- De veranderde positie van de toelatingscommissie van het speciaal onderwijs, naar een begeleidingscommissie.

De werkzaamheden van de jeugdarts zijn grotendeels gelijk gebleven. Het NVJG rapport 'functie- en taakomschrijving voor de jeugdarts ten behoeve van het speciaal onderwijs' uit 1987 is wat betreft de inhoud van het werk nog steeds van toepassing. Daar de nadruk van de werkzaamheden meer op het voortraject zijn komen te liggen is de positie van de jeugdarts weer dichter bij het basisonderwijs komen te liggen. Het gaat er in de meeste gevallen om welke extra zorg plaats moet vinden bij al dan niet uitvallende leerlingen in het basis onderwijs. In het rapport staan enkele aanbevelingen hoe men bij de diverse onderwijskundige beslissingen de jeugdarts zou kunnen raadplegen.

Het voorlaatste hoofdstuk bevat een aanbod produktomschrijving versus tijd. De genoemde produkten zijn afgeleid uit de WCPV en afkomstig uit 'Zorgen voor Jeugd'. Er wordt een voorbeeld van een WSNS-produkt gegeven. In

een laatste hoofdstuk vindt een aanzet plaats tot bespreking van het onderwerp 'privacy en de positie van de ouders'. Dit laatste onderwerp zal ook landelijk verdere invulling krijgen door de RVCs.

Het rapport bevat een aantal bijlagen:

- het model onderwijskundig rapport;
- leidraad voor volledig onderzoek;
- rapportages en aanbevelingen voor het schooldossier.

Het rapport wordt aan alle jeugdartsen werkzaam bij kleuterzorg, basis- en speciaal onderwijs aanbevolen! Ook voor andere deskundigen, die nauw verbonden zijn aan het speciaal onderwijs kan de visie van de NVJG een verduidelijking geven.

Het rapport is te bestellen via het secretariaat van de NVJG: tel 030-2823832 ('s morgens bereikbaar). De kosten bedragen f 7,50 (f 10,- inclusief verzenden). Voor niet leden bedragen de kosten f 12,50 (f 15,- inclusief verzenden).

Mededelingen

Korte cursussen voor sociaal verpleegkundigen in de GGD

In het cursusjaar 1996-1997 organiseert de Leidse Hogeschool diverse korte cursussen op het terrein van de Algemene gezondheidszorg en/of Jeugdgezondheidszorg voor sociaal verpleegkundigen in de GGD en functionarissen die werkzaam zijn in de collectieve preventieve gezondheidszorg. Het betreft de volgende cursussen:

- Module Zorg aan vluchtelingen
- Module Hygiënezorg II
- Module Infectieziektenbestrijding II
- Module Kwaliteitszorg
- Module Adolescentenzorg
- Module Enuresis-begeleiding
- Module Kindermishandeling
- Module Sexueel Overdraagbare Aandoeningen
- Module Tuberculose
- Module SMA / WVG
- Module Milieuhygiëne

De algemene brochure met het scholingsprogramma kunt u be-

stellen bij: Leidse Hogeschool, Secretariaat Kwaliteitscentrum Gezondheidszorg, Rijnsburgerweg 124 A, 2333 AG Leiden, tel. 071-5172518.

Opleiding Jeugdgezondheidszorg

Bij TNO Preventie en Gezondheid start in januari 1997 de laatste opleiding Jeugdgezondheidszorg. Deze opleiding geeft recht op opname in het register van sociaal geneeskundigen tak Jeugdgezondheidszorg. Het kent een cursorisch gedeelte van 2½ jaar. Vanaf september 1997 zal de opleiding opgaan in de opleiding Community Medicine. Deze nieuwe opleiding zal 4 jaar gaan duren en is geheel anders van opzet. De kosten van deze laatste opleiding van TNO Preventie en Gezondheid bedragen ongeveer f 32.500,-. Informatie: TNO Preventie en Gezondheid, Sector Onderwijs, mevr. drs T. Filedt Kok-Weimar, tel. 071-5181826.

Opleiding sociaal verpleegkundigen in de GGD 1996-1997

In september start weer op de Leidse Hogeschool de éénjarige Post HBO Opleiding voor Sociaal Verpleegkundigen in de GGD (SVG). Deze deeltijd opleiding heeft als doel een brede basis te leggen voor het zelfstandig vervullen van verpleegkundige taken binnen de GGD.

De studieduur: 27-36 cursusdagen. (verplichte en facultatieve modules).

Lesdagen: om de week op dinsdag en woensdag.

Kosten: f 6500,-.

Voor nadere informatie of aanmelding m.b.t. de opleiding kunt u bellen of schrijven naar: Leidse Hogeschool, Secretariaat Kwaliteitscentrum Gezondheidszorg, Rijnsburgerweg 124 A, 2333 AG Leiden, tel. 071-5172518.

