

Kamer Prof. Polman.

Prof. Palmman

No 812

ONIPG

2

*Aspecten van de sociale
pediatrie in Nederland*

door

Dr E. M. DUYCK

Uittreksel uit het tijdschrift
HET KIND — N^o 6 - 1956

TNO

24515

Aspecten van de sociale pediatrie in Nederland

ZOALS in alle andere takken van de geneeskunde, is er ook in de pediatrie een evolutie merkbaar. Na een bacteriologisch, een biochemisch en een radiologisch tijdperk, treden thans psycho-sociale aspecten op de voorgrond. Elk nieuw aspect krijgt aanvankelijk een (te) zwaar accent, waarna men geleidelijk tot bezadiging komt. In de pediatrie, specialisme van een leeftijd en niet van één orgaan, is het nodig de diverse aspecten van het kind te integreren. Experimenten met een « integrale pediatrie » of « comprehensive pediatrics » (1) zoals VEENEKLAAS ze noemt, zijn aan de gang, zowel in de kliniek als in de verschillende organisaties die zich met kinderzorg bezig houden.

In het kinderziekenhuis (2) wordt men zich meer en meer bewust van de psychische behoeften van het kind, van de effecten van het verbreken van de milieu-gebondenheid en de invloed van dit milieu op de ziekte en haar ontwikkeling. Niet alleen de fysiologische gevolgen van ziekte of het geneeskundig ingrijpen, maar ook de psychische die hierdoor ontstaan, worden overwogen (3).

Buiten de klinieken trachten degenen die zich met normale, gebrekkige of delinquente kinderen bezighouden, door teamwork tot hun doel te komen.

(*) W.H.O. fellow. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leiden.

(1) VEENEKLAAS, G. M. H., *Acta Paed. Scand.*, 1954, 44: 161.

(2) LELONG, M., LEBOVICI, S., *Arch. Franç. Pédiat.*, 1955, 12: 349.

(3) In dit verband is het niet vreemd dat in Angelsaksische landen het woord *Kindergeneeskunde* aan de universiteiten vervangen wordt door *pediatrics and child health* hetgeen een ruimer en zinvoller perspectief geeft van dit boeiende vak.

De nieuwe tendenzen komen ook in de sociale pediatrie en in de activiteiten van de instellingen voor moederschapszorg en kinderrhygiëne tot uiting. In een door het N.W.K. uitgegeven brochure heeft Willemijns de toestand van de sociale pediatrie in België geschetst. Het hiervolgende artikel geeft een partieel overzicht van de situatie van de sociale pediatrie in Nederland. De organisatie van de klinische en sociale kindergeneeskunde is er geheel verschillend van de onze en een confrontatie kan dus nuttig zijn.

Het is niet de bedoeling hier de organisatie van de verschillende sectoren van moederschapszorg en kinderrhygiëne in detail te beschrijven. Een gedeeltelijke beschrijving er van kan gevonden worden in de boeken van BUMA (1), VAN VEEN (2) en in een artikel van KEYZER (3). Een schematisch overzicht van deze organisatie kan men aantreffen aan het einde van dit artikel. In een verslag van de werkzaamheden van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, in het bijzonder van de sectie moederschapszorg en kinderrhygiëne, afdeling gezondheidszorg, komen deze nieuwe tendenzen duidelijk naar voren.

I. — Geschiedenis van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde

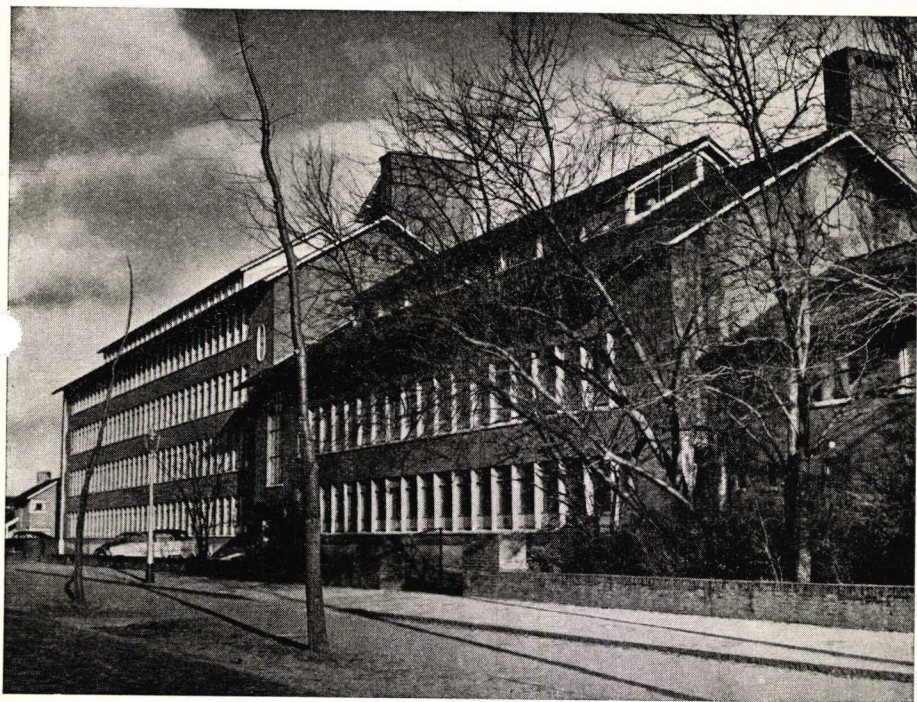
Op initiatief van de professoren D^r E. GORTER, hoogleraar in de kindergeneeskunde te Leiden, en D^r VAN DER HOEVE, oogarts, werd in 1929 een instituut voor praeventieve geneeskunde opgericht. Het doel was driedelig : de bestudering van nieuwe vraagstukken van de praeventieve geneeskunde, een taak van wetenschappelijk onderzoek dus, vervolgens het geven van onderwijs en het maken van propaganda over dit aspect van de geneeskunde en, ten slotte, de bevordering op nationaal niveau van rationele toepassing van de praeventieve methodes, in het bijzonder op het gebied van de bedrijfsgeneeskunde.

Het research werk was aanvankelijk voornamelijk op bacteriologie gericht, maar breidde zich al spoedig uit. Thans omvat het instituut vijf afdelingen : bacteriologie en virologie, bedrijfsgeneeskunde, geesteshygiëne, statistiek en tenslotte, gezondheidszorg,

(1) BUMA, J. T., *De sociale kinderrhygiëne in Nederland*, 1954, van Gorcum, Assen.

(2) VAN VEEN, S. M. C., *Ontwikkeling en vernieuwing van de sociale kinderrhygiëne*, 1954, van Gorcum, Assen.

(3) KEYZER, J. L., *Sociale kinderrhygiëne in Nederland. Aanwinsten kinderrhygiëne*, 1952, Elsevier, p. 1053.



HET NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE,
TE LEIDEN.

welke laatste, merkwaardig genoeg, de jongste afdeling is van het Instituut.

In 25 jaar tijd steeg de personeelsbezetting van 25 tot 160 personen, waarvan één derde deel academici.

De financiering geschiedt voornamelijk door het Preventiefonds, dat op zijn beurt gefinancierd wordt door het Vereveningsfonds van de Ziekenfondsraad; een fonds, dat ontstaat uit de verplichte bijdrage van werkgevers en werknemers.

II. — Cursussen van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde

Een der taken van het Instituut is de verspreiding van het researchwerk door middel van publicaties, lezingen en cursussen.

Sinds 1951/1952 wordt elk jaar, van september tot juli, een full-time post-universitaire cursus gegeven, equivalent aan deze van de Angel-Saksische Schools of Public Health. Deze cursus heeft ten doel een theoretische en praktische opleiding te verstrekken aan artsen, die belangstelling hebben voor de volksgezondheidsorganisaties en voor de preventieve geneeskunde. In 1955/1956 werd de cursus door een dertigtal medici gevolgd. Twee kwamen uit Suriname, twee uit Indonesië, waarvan één met een beurs van de W.H.O., en één uit België, eveneens met een W.H.O.-beurs.

In tegenstelling tot het gewoon medisch onderwijs, ligt het accent bij deze cursus niet zozeer op de enkeling dan wel op de gemeenschap. De belangstelling gaat meer uit naar het bevorderen van een optimale gezondheidstoestand, dan naar het genezen van ziekte.

De cursus omvat een basisopleiding, welke vier maanden duurt. Epidemiologie, statistiek, ecologie, voedingsleer, anthropogenetica, sociologie, psychologie, geesteshygiëne, maatschappelijk belang van niet-infectieuze ziekten, nationale en internationale diensten voor volksgezondheid, zijn onderwerp van studie. Er worden excursies naar Nederlandse en buitenlandse centra gemaakt en een persoonlijke bijdrage tot de cursus wordt geëist (bv. een referaat).

Na deze basisopleiding volgt gedurende vijf maanden een specialisatiecursus. Er kan tussen vier richtingen gekozen worden: algemene gezondheidszorg, bedrijfsgeneeskunde, tropenhygiëne en tropengeneeskunde, en kinderhygiëne en moederschapzorg. Deze laatste specialisatie, welke ons hier bijzonder interesseert geeft een theoretisch en praktisch overzicht van de ontwikkeling van het kind, van de individuele en openbare zorg voor het kind en van de voeding van zuigeling, kleuter, schoolkind, adolescent en aanstaande moeder. Verdere onderwerpen zijn de administratieve en juridische problemen in verband vooral met kinderen buiten het normale gezinsverband; de sociale diensten voor gehandicapte kinderen, doven, blinden, kinderen met spraakstoornissen, chronische ziekten, etc.

Als hoofdthema worden de actuele problemen van de kinderhygiëne en haar integratie in het kader van de algemene volksgezondheid behandeld.

III. — Researchwerk op het gebied van de sociale pediatrie

Een werkgroep van artsen, verpleegsters, maatschappelijke werksters, een diëtiste en een biochemist leggen zich op het researchwerk toe, dat in onderstaande paragrafen zal worden vermeld. Het commentaar is gedeeltelijk ontleend aan artikelen of persoonlijke

mededelingen van professor DE HAAS, die de leiding over de afdeling heeft, en zijn medewerkers.

De clinicus, gewend om zijn gedachtengang op de individuele behandeling of contrôle van het zieke of gezonde kind in te stellen, is aanvankelijk gedesoriënteerd, wanneer hij in zo'n organisatie terecht komt. Hier vormt het kind als leeftijdsgroep het doel van de research, op een zeer algemeen plan dus om ten slotte het kind als individu beter te kunnen dienen. Maar op dit andere niveau geeft dit werken voor het welzijn van kinderen evenveel en misschien wel meer voldoening, dan het werk in de kliniek.

In een overzicht van twee belangrijke studie-objecten van de sociale pediatrie is te zien hoe achter de dorre cijfers, vaak boeiende perspectieven schuilen.

I. DE KINDERSTERFTE EN HAAR REPERCUSSIES

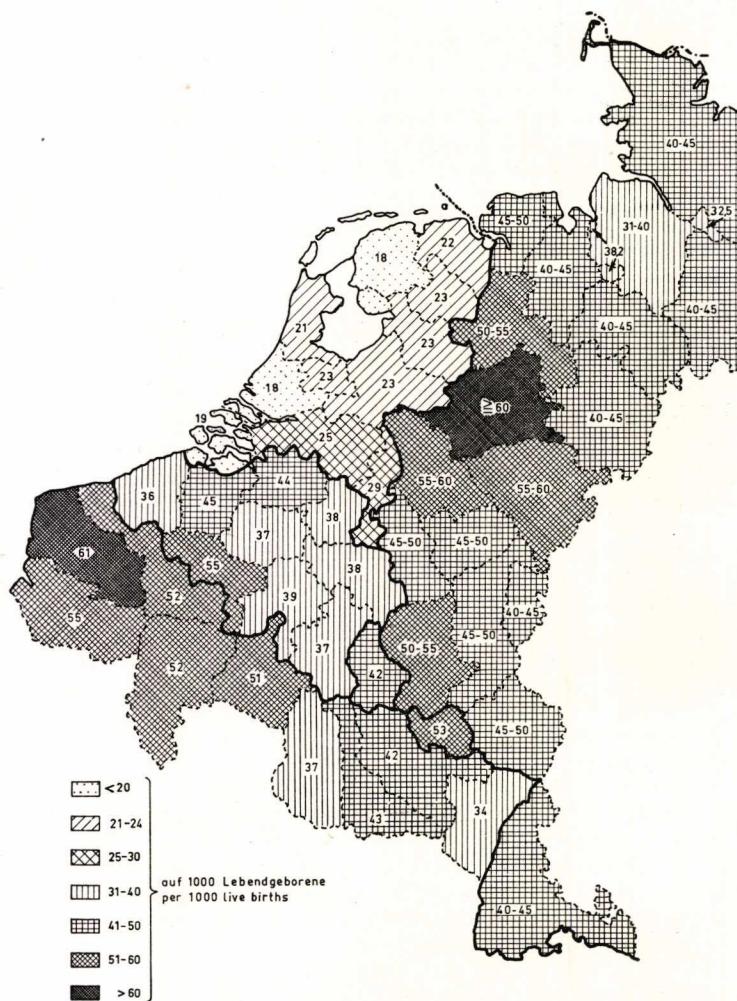
De studie van de kindersterfte blijft één van de peilers vormen voor een rationele ontwikkeling van de kinderhygiëne. In een onlangs verschenen atlas werden de bevindingen van dit onderzoek verwerkt (1). Het publiceren van deze studie betekent geenszins dat het research-werk wordt afgesloten, maar wil slechts de algemene gevolgen bekend maken, die er reeds nu uit te trekken zijn. De tendenzen van de kindersterfte en van de epidemiologie moeten van maand tot maand worden gevolgd. Ze confronteren ons vaak met spoedeisende problemen of maken het mogelijk deze te voorzien. En op het gebied van de volksgezondheid, « prévoir c'est gouverner ».

De hoge kindersterfte van de vorige eeuw gaf aanleiding tot het ontstaan van medisch-sociale instellingen, die streefden naar het bestrijden van deze mortaliteit door preventieve methoden. In België werden deze initiatieven door een neutraal en centraal orgaan overkoepeld, wat wel een groot voordeel kan bieden. In Nederland daarentegen bleef het particulier initiatief, meestal uitgaand van de professionele kruisverenigingen, behalve te Amsterdam (2), volkomen zelfstandig. Door de kruisverenigingen werden o.a. de consultatiebureaux voor zuigelingen opgericht (0-1 jaar) en later de kleuterbureaux (1-5 jaar).

De scheiding tussen kleuters en zuigelingen zoals die op de Hollandse consultatiebureaux bestaat, is in België niet gebruikelijk. Op basis van de ontwikkeling van het kind, is de in Nederland

(1) *Kindersterfte in Nederland*, J. H. DE HAAS en medewerkers. Van Gorcum Assen, 1956.

(2) *Een kwart eeuw zuigelingenverzorging in Nederland*, KNAPPER N., Scheltema, Amsterdam, 1935.



ZUIGELINGENSTERFTE (0-I JAAR) IN NEDERLAND,
 BELGIË, LUXEMBURG, NOORD-FRANKRIJK EN WEST-DUITSLAND
 PER 1.000 LEVEND GEBORENEN (1953).

gangbare leeftijdsscheiding rationeel. De problemen van deze twee leeftijdsgroepen zijn totaal verschillend maar gaan in elkaar over; bij kleuters ligt het accent meer in het pedagogische vlak.

In beide landen droegen de consultatiebureaus tot de spectaculaire daling van de kindersterfte bij. Het ware echter overdreven om alle winst eenzijdig op het actief van de medici te plaatsen. De verbetering van de sociale levensomstandigheden, van de volkshygiëne in het algemeen, hadden eveneens een doorslaggevende invloed. De daling van de kleutersterfte trad vóór de daling van de zuigelingensterfte op, en nog vóór er nog enige georganiseerde kleuterzorg bestond.

Een analyse van de doodsoorzaken is bijzonder leerzaam.

Zo bij voorbeeld, om de formulering over te nemen die door DE HAAS gebruikt werd, lijkt de daling van de sterfte door tuberculose op een waterval. In Nederland verzeilt de kindertuberculose geleidelijk in de categorie der museumziekten. Wat voor de kindertuberculose geldt, is trouwens op de totale bevolking van toepassing. Vergeleken met 1951, stierven er in 1954, 4.000 mensen per jaar minder aan tuberculose.

De difteriesterfte kan door vaccinatie overwonnen worden. In Engeland bijvoorbeeld, waar de vaccinatie al vroeger veralgemeend werd, deden zich sinds twee jaar praktisch geen difteriesterfgevallen meer voor, terwijl er in 1923 nog 15 sterfgevallen op 100.000 inwoners te betreuren vielen. Ook in Nederland is de invloed van de vaccinatie duidelijk merkbaar (1). Na de epidemie van 1944-45, die een sterfte veroorzaakte van 35-46 per 100.000, is de vaccinatie nog onvoldoende doorgedrongen om de ziekte definitief tot de aftocht te dwingen. Maar zeker is dat de difterievaccinatie er in geslaagd is de achtereenvolgende epidemiegolven van difterie te overmeesteren. In 1955 was het sterftecijfer 0,4 per 100.000 inwoners. Het is dan ook geen wonder dat het woord « kroep » bij de hedendaagse ouders niet meer dezelfde angstaanjagende klank heeft als bij ouders van ons. Tegenwoordig is de ziekte zo zeldzaam geworden, dat men in de toekomst wellicht al zijn overredingskracht zal moeten aanwenden om de ouders van het belang van deze vaccinatie te overtuigen.

Neoplasmata, en vooral ongevallen, de eerste doodsoorzaak bij kleuters, spelen thans een overwegende rol (2). Bij kleuters is een derde van de sterfgevallen aan ongevallen te wijten.

Dit gewijzigd profiel van doodsoorzaken en ziekten zal zowel in de kliniek als bij instellingen voor preventieve kinderzorg een

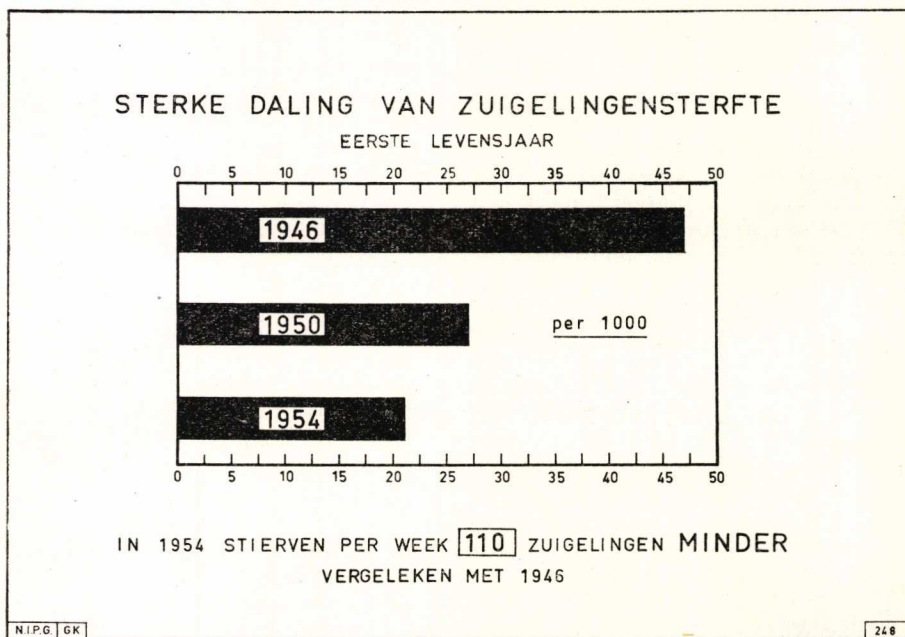
(1) B. V. D. BERG, J. H. DE HAAS, *T. Soc. Geneesk.*, 1956, 34:367.

(2) H. H. VAN GELDEREN, *T. Soc. Geneesk.*, 1954, 32: 101.

diepgaande invloed hebben. De bouw van de kinderziekenhuizen zal aan deze evolutie aangepast moeten worden. De afzonderingsboxen voor infectieziekten zullen minder talrijk behoeven te zijn. Een groter proportie hospitaalbedden zal daarentegen bezet worden door lijdens aan chronische ziekten of patiënten met congenitale afwijkingen. Er zal gezorgd moeten worden voor aanzienlijk meer middelen en mogelijkheden voor de recreatie en de ontspanning van de patiëntjes. Door dit alles zal niet alleen de staf van de kinderziekenhuizen gewijzigd moeten worden, maar zal ook de opleiding van de ziekenhuis-kinderarts aanpassing behoeven.

Het lijkt onvoorzichtig nog sanatoria te bouwen voor tuberculeuse kinderen. Reeds nu staat men voor het probleem van leegstaande sanatoriumbedden (1).

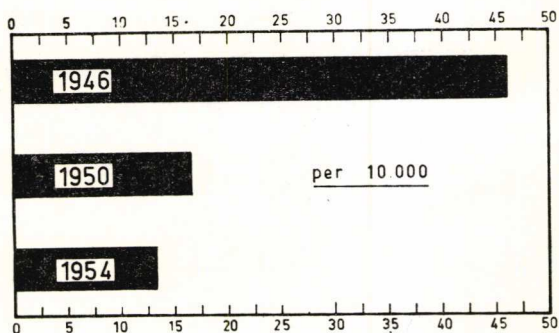
De propaganda op de consultatiebureaus zal o.a. op de ongevalen gericht moeten zijn. Een betere kennis van de psycho-motorische ontwikkeling van het kind door de ouders zou hiertoe bijdragen



(1) J. H. DE HAAS. *De snelle daling van de kindertuberculose*, T. soc. Geneesk. (1955), 33: 29.

STERKE DALING VAN KLEUTERSTERFTE

1-4 jaar

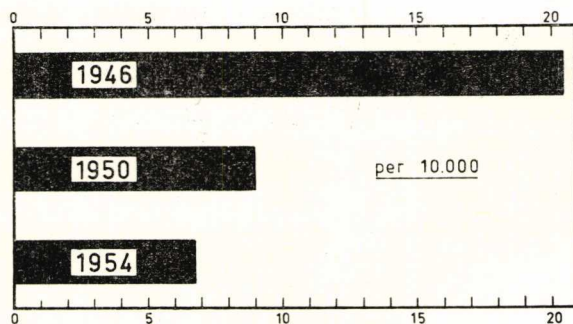


IN 1954 STIERVEN **3000** KLEUTERS MINDER
VERGELEKEN MET 1946

● IN 8 JAAR TIJD IS DE KLEUTERSTERFTE MET 70% AFGENOMEN

STERKE DALING VAN KINDERSTERFTE

1-19 jaar



IN 1954 STIERVEN PER WEEK **100** KINDEREN MINDER
VERGELEKEN MET 1946

(anticipatory guidance). Contacten met architecten en technici op hoger niveau kan rationele maatregelen bevorderen.

Niet alleen de differentiatie van de sterfte-oorzaken is interessant, maar ook **de analyse van de sterfte naar leeftijdsgroep van het kind zal belangrijke gegevens aan het licht brengen.**

De zuigelingensterfte in Nederland bedroeg in 1955 twintig per 1.000 levend geboren, d.w.z. ongeveer de helft van de zuigelingensterfte in België, terwijl ze in 1924 in Nederland nog 60 promille bedroeg en in 1840 rond de 200 promille lag.

Tijdens de eerste drie levensdagen sterven er evenveel zuigelingen als gedurende de volgende 362 dagen van het eerste levensjaar. Afgezien van de sterfte in de eerste week, sterven er per jaar minder dan 10 zuigelingen per 1.000 (1). Vergeleken met 1947 boekte men in 1954 een winst aan kinderlevens (0-19 jaar) van 10.000 per jaar, waaronder 3.000 kleuters. Er is niet veel verbeeldingskracht nodig om zich voor te stellen hoeveel mensenvreugde er achter deze cijfers schuilgaat. De smart om het verlies van een kind, zoals KÄTHE KOLLWITZ ze op aangrijpende wijze heeft geschilderd, is thans niet meer het onafwendbare lot, dat in een recent verleden nog alle moeders bedreigde.

De perinatale sterfte, d.i. doodgeborenen en overledenen tijdens de eerste levensweek, een steeds belangrijker factor van de totale sterfte geworden. Ze is groter dan de sterfte door longontsteking, influenza en ongevallen op alle leeftijden samen. Hier diene aangestipt dat de perinatale sterfte, volgens de in België gangbare definities, naast de mortaliteit, de sterfte in de eerste levensmaand omvat, en niet de sterfte in de eerste levensweek zoals in Nederland en veel andere landen. Laatstgenoemde definitie lijkt ons biologisch juister.

De perinatale sterfte eist dringend een studie door verloskundigen, kinderartsen, verpleegsters en maatschappelijke werkers in gemeenschappelijk teamwork. In Nederland zal de bestrijding van de perinatale sterfte moeilijkheden opleveren door de ingewikkelde organisatie en versnippering van de kinderhygiëne en de moederschapszorg en mede door de zo moeilijk te overwinnen zwaartekracht van (de plaatselijke) tradities. Uiteraard zal de oplossing van land tot land moeten verschillen.

In Zweden bijvoorbeeld, hebben nagenoeg alle bevallingen in kraaminrichtingen plaats. In Nederland daarentegen geschiedt de bevalling in 75 % der gevallen thuis, waarvan bijna de helft door een vroedvrouw. Beide landen hebben een vrijwel gelijke perinatale sterfte. Dit betekent dat de hospitalisatiefrequentie niet de

(1) J. H. POSTHUMA, *T. soc. Geneesk.* (1955), 33: 100.

hoofdfactor is, zoals men bij een oppervlakkig onderzoek van de cijfers en omstandigheden uit één enkel land geneigd zou zijn aan te nemen. Hier blijkt ook weer het grote belang van vergelijkende studies van de kindersterfte in verschillende landen. Terminologische verschillen in definities o.a. bemoeilijken echter de vergelijking. Een van de doeleinden, die de sectie kinderhygiëne nastreeft is het leggen van contacten in internationaal verband, met het oog op vergelijkende studies.

De kwaliteit van de prenatale zorg, als continuïteit van de adolescentenzorg, verder de prematurenzorg en, in Nederland vooral, het nijpende probleem van de woningnood zijn evenveel factoren, die de zuigelingensterfte, in het bijzonder de perinatale sterfte, beïnvloeden. De outillage speelt geen overwegende rol, maar wel de bevoegdheid van degenen, die met deze problemen te maken hebben.

De kleutersterfte is volgens van GELDEREN (1) de meest nauwkeurige maatstaf voor de socio-hygiënische ontwikkeling van een land. Het huidige cijfer voor Nederland is ongeveer 10 per 10.000 tegen 160 in 1900.

Hier dient nog eens de relatief toenemende betekenis van ongevallen, neoplasmata en congenitale afwijkingen te worden onderstreept. Verongelukte kinderen worden meestal door chirurgen behandeld en de kinderartsen geven zich niet altijd rekenschap van het menselijke en sociale belang van dit probleem. Er zijn niet alleen dode kinderen te betreuren, maar ook de gevallen met levenslange invaliditeit.

We hebben een overzicht gegeven over een centraal thema van de activiteiten van de afdeling: de kindersterfte, waarover in *Courrier* een compleet artikel is verschenen (2).

Het belang van differentiatie naar oorzaken en leeftijdsgroep werd onderstreept, evenals het voordeel van vergelijking tussen verschillende landen. Thans zullen we een tweede belangrijk onderwerp van onderzoek behandelen.

2. GROEI EN ONTWIKKELING VAN HET KIND

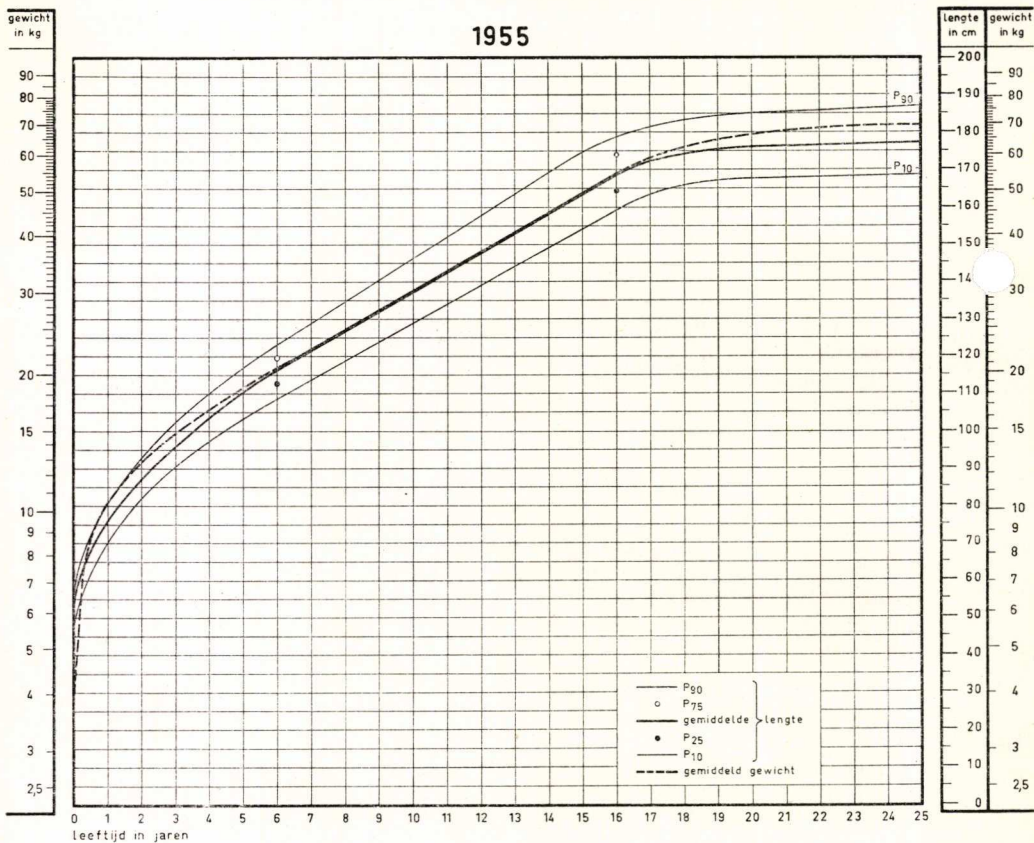
Het observeren van de biologische ontwikkeling van het kind is in het huidige stadium van meer belang dan het traditionele onderzoek naar somatische afwijkingen waar nog menig consultatiebureau zich al te eenzijdig aan vasthoudt.

(1) H. H. VAN GELDEREN, *Pre-school child mortality in the Netherlands*, Stenfert Kroese, Leiden, 1955.

(2) J. H. DE HAAS, *Mortalité de l'enfant aux Pays-Bas*, *Courrier*, 1956, 6: 247.

GROEICURVE VAN NEDERLANDSE JONGENS

1955



Recente en juiste normen omtrent de groei en ontwikkeling van het Nederlandse kind waren tot dusver niet beschikbaar. Een zo eenvoudig gegeven als een recente en homogene groeicurve was nog niet opgemaakt. De sectie kinderhygiëne heeft dan ook met dit doel voor ogen een werkplan opgesteld, gebaseerd op theoretische analyses en onderzoeken en op een aantal nog beperkte praktische toepassingen.

In deze geest werden ook een groot aantal kinderen systematisch onderzocht. De diverse leeftijdsgroepen, de verschillende soorten van

scholen in de stad en op het platteland, alsmede de kindertehuizen werden gepeild. Het doel van dit onderzoek was het kind in zijn sociale, familiale, psychische en biologische samenhang te plaatsen. De groeicurve van Nederlandse jongens en meisjes tussen 0 en 20 jaar is één van de resultaten van dit onderzoek.

GESELL en ARMATRUDA hebben op brede schaal de gedraging (behaviour) van het kind nagegaan. BINET en SIMON, CHARLOTTE BÜHLER, TERMAN en MERRIL hebben het verstandelijk niveau op de verschillende leeftijden onderzocht. De psycho-analysten hebben de kinderlijke complexen doen kennen en veel van hun formules zijn cliché's geworden. Maar van de praktische toepassing van deze gegevens, hun integratie, is in de consultatiebureaus evenmin als in de scholen veel terecht gekomen (1).

Daarom heeft de afdeling niet alleen talloze gegevens over lengte, gewicht, biologische ontwikkeling, voeding, gezin, sociale, medische en schooltoestand van het kind gecompileerd, maar ook een integratie-proef verricht in een uit bevolkingsopzicht vrij homogeen dorp. Deze proef heeft plaats onder leiding van de enige huisdokter uit dit dorp, in samenwerking met de kinderarts van het consultatiebureau, de schoolarts en de wijkverpleegster-bezoekster, en onder de supervisie van de afdeling kinderhygiëne en moederschapszorg.

Deze theoretische proefnemingen of veldstudie en hun praktische toepassing zijn nog in volle ontwikkeling.

De onderzoeksmethodes en de normen werden reeds gedeeltelijk beschreven (2), de verscheidene factoren waarvan een invloed op de ontwikkeling uitgaat werden onderzocht (3).

Enkele resultaten en conclusies volgen hier :

Op de lagere school

1. De overbevolking vooral van de lagere scholen is in Nederland, bij een hoger geboortecijfer dan in België (in 1954 respectievelijk 22 en 17 pro mille), een probleem. Tekort aan onderwijzend personeel en woningnood spelen daarbij vaak een rol. De onvoldoende differentiatie van het onderwijs en het feit dat er bij overgang naar de lagere school geen maturiteitsonderzoek bij

(1) Dat de officiële instanties van dit dynamisch aspect van de kinderlijke ontwikkeling nog niet doordrongen zijn, springt duidelijk in het oog, wanneer men de *Kleuteronderwijswet* leest. Uitgegeven in 1954, zit deze vol anachronismen. De titel alleen reeds is een mengelmoes van tegenstrijdige termen.

(2) J. F. DE WIJN, *Maandschr. Kindergeneeskunde*, 1954, 22: 378.

(3) J. F. DE WIJN, *Maandschr. Kindergeneeskunde*, 1954, 22: 418.

de kleuters wordt verricht, zijn mede oorzaken van mislukking op school en fysiologische regressie. Te vaak wordt nog verzuimd bij het bouwen van een school en het samenstellen van de leerprogramma's de schoolarts te raadplegen.

2. De kinderen zijn 4-5 cm langer dan kinderen van dezelfde leeftijd van 20 à 30 jaar geleden. Hiermede zal rekening moeten worden gehouden bij het maken van meubilair en kleren. Dit is maar een facet van de algemene verschuiving die in de ontwikkeling van het kind plaats vindt.
3. Visus afwijkingen en gehoorsdefecten zijn frequenter dan men algemeen denkt. Het aantal gevallen van kinderlijk gehoorverlies wordt op 5 % van alle kinderen geraamd.
4. De studie van echte of voorgewende motiveringen van schoolverzuim is bijzonder leerzaam. Hierin ligt een middel om een betere kennis te verkrijgen van de morbiditeit van verschillende ziekten (1) en mogelijkheden te zoeken om ze te beïnvloeden en tot meer gericht schoolgeneeskundig onderzoek te komen.

Adolescenten op school

De adolescentie behoort tot de verwaarloosde gebieden van de preventieve geneeskunde. De aandacht van de kinderarts gaat vooral uit naar het jonge kind, die van de internist naar de zieke volwassene, terwijl huisartsen weinig adolescenten (als patiënt) zien.

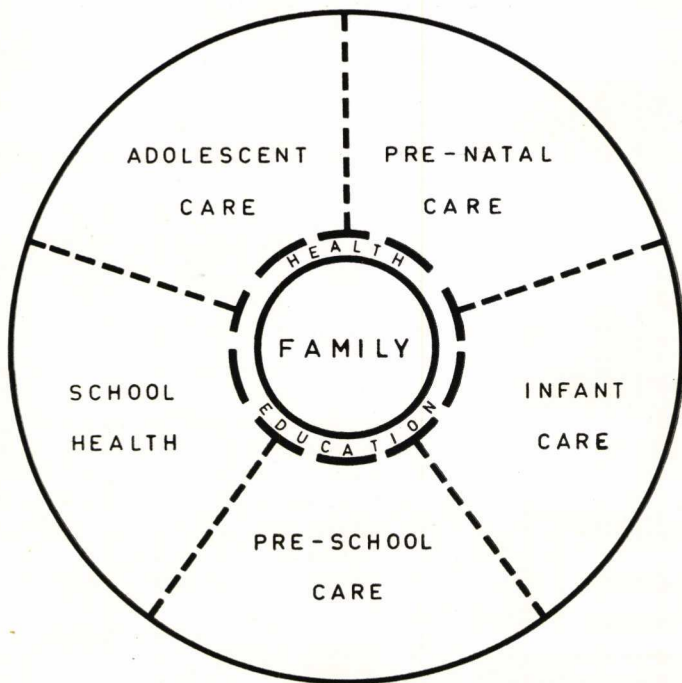
Vergelijkende longitudinale studies van verschillende groepen adolescenten, van verschillende maatschappelijk conditie, hebben belangwekkende bevindingen aan het licht gebracht.

1. De minder bevoorrechte groepen vertonen een tragere groei, hun sexuele rijping treedt later in. Hier zij aangestipt dat bij de meisjes de eerste menstruatie over het algemeen gemiddeld nu rond de leeftijd van 13 1/2 jaar plaats heeft, en in vergelijking met 1900 waarschijnlijk met een jaar is vervroegd (2).
2. Hun voedingstoestand en levensomstandigheden zijn minder goed. De hemoglobinebepaling geeft mede een aanduiding omtrent hun sub-optimale gezondheidstoestand.
3. Op te merken is dat de groei vaak tot 20-jarige leeftijd of langer aanhoudt en dat tegenwoordig de gemiddelde volwassene 5-6 cm groter is dan de volwassene in 1920.

(1) B. V. D. BERG, F. WIEBINGA, J. H. DE HAAS, *T. soc. Geneesk.*, 1954, 32: 270.

(2) G. M. VAN 'T LAND, Menarche. Te verschijnen.

4. Op de diverse biochemische bepalingen die verricht werden wordt hier niet ingegaan. Hun beschrijving valt buiten het bestek van ons onderwerp. Ze geven een idee van de « chemical growth » van het kind.



CONTINUITÉIT VAN DE MOEDERSCHAPZORG
EN DE KINDERHYGIËNE.

5. Zijn de ziekten tijdens de adolescentie zeldzaam en is de mortaliteit laag, toch is de gezondheidstoestand van de adolescent verre van optimaal. Het is veel belangrijker de gewoonten inzake voeding, slaap en vrije-tijdsbesteding van de adolescent te noteren en zich in zijn (haar) gedachtenwereld in te denken, dan zich op lichamelijke afwijkingen alleen blind te staren, al ontbreken deze geenszins. In de adolescentenzorg ligt de grondslag van de prenatale zorg.

6. De frequentie van gehoorstoornissen (3-5 %), die bij het audiometrisch onderzoek geconstateerd werd, verdient de aandacht.
7. Dank zij de verzamelde gegevens zal een rationele onderzoeksmethode voor de schooljeugd, in het bijzonder voor de adolescent, worden opgemaakt.

Schoolartsen in Nederland zijn functionarissen, die full-time aan de verschillende schoolartsendiensten zijn verbonden. Ze staan in voor de preventieve gezondheidszorg van 6.000 tot 10.000 schoolkinderen. Tegenwoordig bestaat er een neiging om het aantal te onderzoeken kinderen te beperken en het werk per kind te intensiveren, waarvoor een speciale opleiding voor schoolarts (of jeugdarts) nodig zal zijn.

In dit overzicht werden twee essentiële onderzoeksthema's van de afdeling gezondheidszorg, sectie kinderhygiëne en moederschapszorg van het instituut voor praeventieve geneeskunde belicht : de kindersterfte en child development, in hun onderlinge samenhang. Om de continuïteit in de diverse aspecten van de sociale pediatrie te verzekeren, is het wenselijk dat de kinderartsen er zich volledig op toelagen. De problemen en technieken van de sociale pediatrie verschillen van die van de klinische kindergeneeskunde. Daarom ook heeft men in Nederland een speciale opleiding in de sociale pediatrie in het leven geroepen. De artsen, die zich hiermede bezighouden, noemt men kinderhygiënist of jeugdartsen. Hun klinische vorming (één jaar) is minder grondig dan die van de clinicus, maar het accent ligt meer op de studie van de ontwikkeling en de psychische, sociale en familiale constellatie van het kind. Na een opleiding van ongeveer twee jaar, werken ze in verschillende organisaties van medisch-sociale administratieve en preventieve aard, bv. in de functie van schoolarts, districts-kinderarts of provinciaal kinderarts. Ter oriëntering geven wij hiernaast een organisatorisch schema van de kinderhygiëne en de moederschapszorg in Nederland.

Zelfstandige beoefening van- en onderwijs in de sociale pediatrie is nodig om de kinderhygiëne in moderne banen te leiden. Dit zal ook de klinische pediatrie ten goede komen, zoals omgekeerd de kindergeneeskunde de kinderhygiëne zal blijven beïnvloeden. In de organisatie van de gezondheidszorg vormt de kinderhygiëne een niet minder belangrijk onderdeel dan vroeger het geval was. Meer dan vroeger echter moet door research werk een basis voor de toekomst worden gelegd.

ORGANIZATION OF MATERNAL AND CHILD HEALTH IN THE NETHERLANDS

