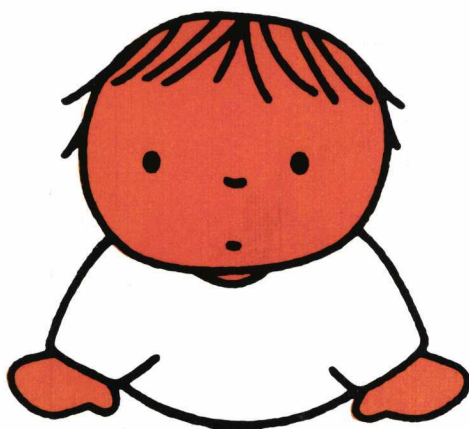


**ONTWIKKELINGSONDERZOEK  
OP HET CONSULTATIEBUREAU  
VOOR ZUIGELINGEN EN KLEUTERS**

**Symposium ter gelegenheid van  
het afscheid van Betteke Schlesinger-Was**



**Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg**

**NPG-TO**

**Leiden**



**ONTWIKKELINGSONDERZOEK  
OP HET CONSULTATIEBUREAU  
VOOR ZUIGELINGEN EN KLEUTERS**

**Symposium ter gelegenheid van  
het afscheid van Betteke Schlesinger-Was**

**Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg**

**NPG-TNO**

**Leiden  
mei 1987**

Nederlands Instituut voor  
Praeventieve Gezondheidszorg TNO  
Wassenaarseweg 56  
Leiden

Postadres:  
Postbus 124  
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-178888

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 26,50  
(inkl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG/TNO onder  
vermelding van bestelnummer 87011.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ontwikkelingsonderzoek

Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen  
en kleuters / red.: G.J. Vaandrager - Leiden: Nederlands  
Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO.

ISBN 90-6743-107-9

SISO 614.23 UDC 614.2-052-053.2

Trefw.: jeugdgezondheidszorg

© 1987 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg  
TNO  
Publikatienummer 87011

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met be-  
trekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de  
Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar ge-  
maakt en/of verspreid door middel van druk, fotokopie, microfilm  
of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestem-  
ming van het NIPG-TNO.



INHOUD

	pag.
WOORD VOORAF. . . . .	I
BIJ DE OPENING VAN HET SYMPOSIUM, A. Dijkstra . . . . .	1
INTRODUCTIE TOT HET SYMPOSIUM, G.J. Vaandrager. . . . .	3
ONTWIKKELINGSONDERZOEK BIJ ZUIGELINGEN EN KLEUTERS, E.A. Schlesinger-Was. . . . .	12
ONTSTAAN EN HERZIENING VAN HET VAN WIECHENSHEMA, J.G. Lingeman . . . . .	25
TOEPASSING VAN HET VAN WIECHENSHEMA OP HET CONSULTATIEBU- REAU, M.S. Laurent de Angulo. . . . .	30
TOEPASSING VAN HET VAN WIECHENSHEMA IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK, S.P. Verloove-Vanhorick. . . . .	43
ZINTUIGONDERZOEK OP HET CONSULTATIEBUREAU IN RELATIE TOT ONTWIKKELINGSONDERZOEK, F. van Laar . . . . .	49
VOOR- EN NADELEN VAN GESTANDAARDISEERD ONTWIKKELINGSONDER- ZOEK OP HET CONSULTATIEBUREAU, M. de Winter . . . . .	59
SAMENWERKING ROND VROEGTIJDIGE ONDERKENNING EN BEGELEIDING VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN, S. Buschman . . . . .	70
ONTWIKKELINGSONDERZOEK OP HET CB; THEORIE EN PRAKTIJK IN VLAANDEREN, J. Knops. . . . .	77
HOE VERDER? J.C. van Wieringen. . . . .	82
PERSONALIA Betteke Schlesinger-Was. . . . .	91
PERSONALIA overige auteurs. . . . .	93



## WOORD VOORAF

De aanleiding tot een symposium 'Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters' was het afscheid (op 1 mei 1987) van dr. Betteke Schlesinger-Was van haar werk op het NIPG. Zij ontwikkelde dit onderzoek en maakte het tezamen met de werkgroep Van Wiechen, sinds 1986 Van Wiechencommissie van de Nationale Kruisvereniging, geschikt voor toepassing op de consultatiebureaus in Nederland. Zij deed dit vanuit haar deskundigheid als jeugdarts en vanuit haar betrokkenheid bij de Jeugdgezondheidszorg.

De invoering van dit z.g. herziene Van Wiechenschema, heeft tot een aanzienlijke vermeerdering van kennis en inzicht betreffende de kinderlijke ontwikkeling geleid bij de consultatiebureauteams (arts en verpleegkundige) en tot een grotere belangstelling voor de ontwikkeling van het kind, ook van de kant van de ouders. Het onderzoekschema heeft voorts toepassing gevonden in wetenschappelijk onderzoek en in het universitair medisch onderwijs.

Het is goed, ook noodzakelijk, om op een zeker moment, en het afscheid van de grondlegster vormde hiertoe een gerede aanleiding, de balans op te maken. Wat is de huidige stand van zaken? Wat zijn de knelpunten? Hoe gaan we verder? Vooral: hoe bereiken we dat de Jeugdgezondheidszorg haar taak optimaal uitvoert?

Dit boekje geeft een samenvatting van de op het symposium gehouden voordrachten. Onze dank gaat uit naar degenen die dit symposium mogelijk maakten, in het bijzonder naar de inleiders van de voordrachten en de symposiumvoorzitters.

"Moge het", zoals Betteke dit zelf in het voorwoord van haar proefschrift verwoordde "een bijdrage leveren tot meer aandacht voor de ontwikkeling van het gezonde kind en, door tijdige signalering van ontwikkelingsstoornissen, leiden tot betere kansen voor het gehandicapte kind".



## BIJ DE OPENING VAN HET SYMPOSIUM

A. Dijkstra

Het is voor de directie van het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg/TNO een eer u op dit symposium over "Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters" te mogen verwelkomen.

Het thema van dit symposium maakt al jaren deel uit van het Jeugdgezondheidszorgonderzoek van het NIPG/TNO. Ook in het werkprogramma voor de komende jaren is plaats ingeruimd voor onderzoek dat gericht is op de gezondheid van jeugdigen, op factoren die de gezondheid beïnvloeden en op voorzieningen die een bijdrage leveren aan het gezond functioneren van jeugdigen en aan hun ontwikkeling in lichamelijk en psychosociaal opzicht. Het gezondheidsonderzoek is voornamelijk populatiegericht en betreft wegens kenmerkende verschillen in groei en ontwikkeling, gewoonlijk deelpopulaties zoals 0-4 jarigen, schoolgaanden of oudere adolescenten. Het voorzieningenonderzoek betreft primair de kwaliteit van de preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen, met bijzondere aandacht voor de doelmatigheid, de effectiviteit en de bruikbaarheid van methoden en werkwijzen.

Het onderzoek naar jeugd en gezondheid, dat binnen het NIPG/TNO organisatorisch is ondergebracht in de sector Jeugd, is probleemoplossend van aard. Het beoogt een ondersteunende rol te vervullen ten behoeve van de praktijk van de jeugdgezondheidszorg en van het beleid dat erop betrekking heeft. Dit veldgerichte onderzoek vraagt een multidisciplinaire aanpak. Reden waarom men in de tien onderzoekers tellende sector Jeugd zowel artsen, epidemiologen als sociale wetenschappers aantreft. Als extra discipline zou ik willen noemen de praktijkdeskundigheid

van degenen die feitelijk ik hun dagelijks handelen gestalte geven aan de collectief-preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen. Multidisciplinaire samenwerking in dit toepassingsgerichte onderzoek kan slechts vruchtbaar zijn, indien wetenschappelijke inzichten voortdurend worden getoetst aan praktische criteria.

Dit symposium illustreert wat samenwerking tussen onderzoek en praktijk kan opleveren. Het laat ook zien met hoeveel energie en vertrouwen werkers in de jeugdgezondheidszorg zich willen inzetten voor onderzoeksactiviteiten, die soms pas na jaren zwoegen iets opleveren. Deze mentaliteit is onontbeerlijk voor de ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg. Gehoopt mag worden dat de stringenter wordende budgettaire regimes deze innovatiedrang en kwaliteitszin niet zullen gaan frustreren.

De toelichting bij de inhoud van dit symposiumprogramma eindigt met de vraag hoe we kunnen bereiken dat de jeugdgezondheidszorg optimaal functioneert. Alvast vooruitlopend op de discussie waag ik te stellen dat de werkers in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg hieraan kunnen bijdragen door op systematische wijze hun behoeften aan wetenschappelijke ondersteuning te presenteren in concrete programmapunten. Wellicht kan het resultaat van een dergelijke behoefteninventarisatie op een volgende studiedag onderwerp van discussie zijn. Met de toezegging dat de sector Jeugd van het NIPG/TNO hierbij graag een ondersteunende rol wil vervullen, open ik dit symposium.

## INTRODUCTIE TOT HET SYMPOSIUM

G.J. Vaandrager

Wanneer een kunstenaar in zijn werk blijk geeft van betrokkenheid met de samenleving kan dit aan zijn kunst afbreuk doen. De mate van betrokkenheid is daarbij van belang: Te groot engagement kan gaan in de richting van wat wij in oostelijk van ons gelegen landen wel zagen en zien. Geen betrokkenheid, het 'l'art pour l'art', is voor velen onzer te steriel. In het algemeen zijn wij van oordeel dat maatschappelijk engagement en kunst samen kunnen gaan, elkaar zelfs kunnen verrijken.

In wetenschap luistert het gevaar van devaluering bij vermenging met andere belangen nog nauwer. Zuivere wetenschap is een fundamentele zaak die ten koste van alles beoefend moet blijven en nimmer mag worden verdrongen door politieke, budgettaire of maatschappelijke belangen.

Naast zuiver wetenschappelijk onderzoek is echter ook toegepast wetenschappelijk onderzoek mogelijk en noodzakelijk. Wij denken daarbij aan onderzoek zoals dat wordt verricht in het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg, ressorterend onder de organisatie TNO.

In het bijzonder denken wij op deze dag aan het onderzoek van dr. Betteke Schlesinger-Was, een goede mixtuur van wetenschap én toepassing. Betteke vervult daarin, ongewild, een zekere gewetensfunctie: Zij is, naar het Hippocratisch ideaal van de Geneeskunst 'Minister, non magister naturae', een dienaar in onderzoek van kinderlijke ontwikkeling én de toepassing daarvan; met respect ook voor de natuur, de eigen aard, van het kind.

Ik wil thans gaarne de titel van het symposium nader bespreken, daarna het programma bij u inleiden.

## De titel

### *Ontwikkelingsonderzoek . . . . .*

Het wonder van de ontwikkeling van een kind is zo oud als de mensheid.

Constantijn Huygens Sr. beschrijft een algemeen menselijk gebeuren als hij in 1637 over zijn dochter Susanne meldt:

*"Op het einde van Junij deses jaers begonde sij seer op te mercken, te lachen ende spelen [ ]. In dese tijd kende sij meest all die wel om haer ginghen, schuijlde geern met het hoofd achter de minne als haer ijemands vreemds seer aensagh, verstond oock merckelick veel dinghen diemen haer seide ende wiste all spelende den neus toe te fronsen ende met eenen korten adem daer door snuyven, als de kinderen haer verghden een neusjen te maecken".*

Waarneming van de verschillende fasen van ontwikkeling bij een individu leert dat er in eenzelfde tijdsbestek in de ene periode meer gebeurt dan in een volgende periode. Ook dat er verschil is tussen het ene individu en het andere. Groepen leeftijdgenoten zijn echter gekenmerkt door dezelfde voor hun leeftijdsgroep karakteristieke levensuitingen en reactievormen.

Bij het kind is het tempo van de ontwikkeling aanzienlijk hoger dan bij de volwassene, en hoe jonger het kind is, des te hoger is het ontwikkelingstempo. Het kind ontwikkelt zich van een hulpeloze pasgeborene die nog niet fixeert of reageert op toespreken, tot een wezen, een mensenkind, waarvan onze 'prins der dichters' in zijn Lucifer laat zeggen:

*De redelycke ziel komt uit zyn troni zwieren.*

*Hy heft, terwyl de stomme en redenlooze dieren*

*naer hunne voeten zien, alleen en trots het hoofd.....*



Hij ontwikkelt zich tot een individu met adaptatie aan de eisen van het dagelijks leven en met communicatie, tot een mens met eigen aard en persoonlijkheid.

Een kind is in zijn ontwikkeling kwetsbaarder, maar ook flexibeler dan de meer gerijpte volwassene. Wie gelooft in het belang van preventie, met interventie door interactie - en daar zijn gronden voor - hecht er belang aan die uitingen en gedragingen beter te leren kennen, tijdig te onderkennen, te signaleren, en te registreren. Dit geldt niet alleen het tempo, dat blijkt uit het tijdstip waarop ontwikkelingskenmerken optreden, doch ook de kwaliteit van de uitvoering van bepaalde functies.

Ontwikkelingsonderzoek van het jonge kind op wetenschappelijk niveau is van recente datum en kwam pas de laatste 50 jaar tot ontwikkeling.

Aan het eind van de jaren vijftig gaf Prof. J.H. de Haas in het NIPG de aanzet tot ontwikkelingsonderzoek. Deze lijn van onderzoek liep op een gelukkige, niet toevallige, wijze samen met onderzoek van Van Wieringen e.a. naar Inhoud en taakverdeling op het CB. Op die voorgeschiedenis zal dr. Schlesinger nader ingaan.

*. . . op het consultatiebureau. . . .*

De consultatiebureaus (CB's) voor zuigelingen en kleuters begonnen hun werk rond de eeuwwisseling wegens hoge kindersterfte en veel kinderziekten (vooral voedingsstoornissen). Hygiënische raad en voedingsvoorschriften waren van groot nut. Hoewel advies in deze geleidelijk minder op de voorgrond kwam te staan, verminderde het bezoek aan de CB's niet, integendeel. Een krachtig argument vóór het nut van de CB's acht ik dat in het gehele land - geen regio is uitgezonderd - meer dan 95% van de veelal druk bezette ouders, ook bij hun 2e of 3e kind het zuigelingenbureau bezoekt, en in een iets minder hoog percentage eveneens het kleuter CB, en dit geheel vrijwillig.

Het gaat daarbij niet om - niet meer meetbare en evalueerbare- correlaties met sterfte en ziekte, doch om wezenlijke andere zaken. Het doel van de zuigelingen- en kleuterzorg verschoof geleidelijk naar positieve gezondheidszorg, het begeleiden van groei en ontwikkeling.

Iedere ouder verwacht dat een kind groeit en ook dat hij zich ontwikkelt. Groei wordt wél systematisch bekeken; voor ontwikkeling was dit tot voor kort minder mogelijk. Vertrouwend op hun ervaring schatten de CB-arts en -verpleegkundige of een kind al dan niet 'normaal' was in zijn ontwikkeling wat betreft enkele mijlpalen.

Sinds enkele jaren zijn er thans in het dossier jeugdgezondheidszorg de schema's psychomotorische ontwikkeling 0-15 maanden en 18-54 maanden, die u voor u hebt. Deze berusten op het onderzoek van dr. Schlesinger en anderen.

Door het volgen en begeleiden van de ontwikkeling van zuigeling en peuter/kleuter op de voorgeschreven wijze verbeteren begrip en kennis van de kinderlijke ontwikkeling, zowel bij het CB-team als bij de ouders. Gevolg is dat ouders meer aandacht krijgen voor het gedrag van hun kind en voor de sociale aspecten daarvan, leidend tot meer en betere interactie tussen ouder en kind en ook tot groter zelfvertrouwen van de ouders in hun opvoeding. Zaken als basisveiligheid en basisvertrouwen zijn daarbij in het geding, waarden die voor de uitgroei tot volwassenheid van belang zijn. De toepassing van ontwikkelingsonderzoek, ingebed in het periodiek geneeskundig onderzoek op het CB, houdt een meer integrale benadering van de diade kind/ouder in.

Ten aanzien van het ouderschap kan het consultatiebureau op grond van dit onderzoek met meer recht *consultatie* geven. De behoefte hieraan is waarschijnlijk groter dan vroeger: opvoedingspatronen zijn minder vast geworden, de families zijn veelal kleiner. Om zich in het ouderschap te bekwamen zijn er weinig andere mogelijkheden dan het zelf opdoen van ervaring.

Voor de CB-medewerkers is deskundigheid in het CB-werk een eerste vereiste. Scholing is voorwaarde, evenals een zich voegen van het CB-team (arts en verpleegkundige) in de structuur van de jeugdgezondheidszorg. Dit dient te gebeuren in overleg met de provinciale arts in de Ouder- en Kindzorg en met districtarts en districtsverpleegkundige. Indien het werk van deze functionarissen landelijk goed is gecoördineerd, en hun deskundigheid erkend en goed benut wordt, leveren zij een essentiële bijdrage aan de kwaliteit van het CB-werk (Voorhoeve, 1983).

*. . . voor zuigelingen en kleuters*

Een kind is geen kleine volwassene. Dat deze waarheid die samenhangt met groei en ontwikkeling, steeds verkondigd moet worden is merkwaardig. Even merkwaardig is het feit, dat de jeugdgezondheidszorg, die zich tot taak stelt het kind in zijn groei en ontwikkeling te begeleiden, zo in de verdediging wordt gedrongen. Het best werd dit enkele jaren geleden onder woorden gebracht door de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Mw. van Dam-Schermerhorn, in een rede tot de staatssecretaris Mw. Veder-Smit, ongeveer als volgt: "Het werk van de CB-arts betreft kleine kinderen, dus het is niet erg belangrijk. Het werk wordt veelal uitgevoerd door 'mevrouwen', stelt dus niet veel voor. Bovendien zijn het ambtenaren, dus hard gewerkt wordt er evenmin". In dit verband, en wederom tot Mw. Veder-Smit, thans als voorzitter van de Nationale Kruisvereniging, doch ook tot haar opvolger op het Ministerie, kan er aan worden toegevoegd:

- ontwikkelingsonderzoek betreft naast lichaam ook geest, dus "zachte sector";
- het is maar preventie, leidt dus tot nog sterkere vergrijzing van de bevolking; en ook
- de jeugd is toch gezond, dus heeft geen gezondheidszorg van node.

Wat dit laatste betreft: de jeugd in Nederland mag relatief gezond zijn, het is dank zij de gezondheidszorg voor jeugdigen en het gaat erom dit zo te houden. Preventieve programma's blijken continue bewaking nodig te hebben: in Engeland komt weer zuigelingensterfte door kinkhoest voor, als gevolg van het teruglopen van de vaccinatiegraad, omdat onvoldoende kon worden gereageerd op gepubliceerde 'gevaren' van vaccinatie. Goede bewaking met gegevens voortgekomen uit evaluatie zou dit hebben kunnen voorkomen. Hetzelfde geldt t.a.v. de neonatale screening zoals die door het NIPG samen met de Landelijke Begeleidings Commissies PKU en CHT wordt bewaakt.

Of dit ook opgaat voor ontwikkelingsonderzoek op het CB, zal vandaag in de inleidingen en discussies aan de orde komen. Het is een goede zaak dat begin 1986 door de Nationale Kruisvereniging als voortzetting van de Van Wiechenwerkgroep, de Van Wiechencommissie is ingesteld.

Kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg hebben als gemeenschappelijk doel, te staan voor de gezondheid van de jeugd: de eerste meer curatief en individugericht bij een geselecteerde populatie. Jeugdgezondheidszorg vooral preventief en mede gericht op de gehele jeugd. Zij vormen elkaars complement (NVK, 1983; Van Wieringen, 1985).

Kwalitatief goede zorg op het CB, en daarbij hoort het gebruik van het Van Wiechenschema, draagt bij aan de gezondheid en aan de volwassenwording van de jeugd, die de toekomst heeft en zal bepalen. Het CB voor zuigelingen en kleuters is een kostbaar goed dat zich in Nederland voorspoedig heeft ontwikkeld en zich sinds meer dan 85 jaar heeft gehandhaafd. Met recht mogen wij hier spreken met Valerius, eveneens uit de tijd van Huygens en Vondel, "O, Nederland, let op u saeck".

## Het programma

- Dr. Schlesinger zal inleiden vanuit haar ervaring in ontwikkelingsonderzoek en de toepassing op het CB. Zij zal wijzen op de voorwaarden voor het gebruik van het Van Wiechenonderzoek.
- Wat is het nut van het Van Wiechenonderzoek op het CB als instrument voor vroege opsporing? Dr. Peters zal hierover zijn inleiding houden.
- Over het ontstaan van het Van Wiechenschema zal dr. Lingeman spreken, voormalig provinciaal kinderarts van de provincie waar het schema zijn oorsprong had. Zoals bij veel vernieuwingen, lag een sterke gemotiveerdheid hieraan ten grondslag.
- Dr. Laurent de Angulo, voorzitter van de huidige Van Wiechencommissie, zal spreken vanuit haar verantwoordelijkheid van provinciaal kinderarts. Zij behandelt waar het uiteindelijk om gaat, de juiste toepassing, en de knelpunten daarbij. Zij zal ook ingaan op het belang van het Van Wiechenonderzoek in het medisch onderwijs.
- Toepassing van het Van Wiechenschema voorts in wetenschappelijk onderzoek. Dr. Verloove-Vanhorick zal verslag uitbrengen van de toepassing in het landelijk Project Onderzoek Prematuritas en Small for gestational age: POPS.
- Het middagprogramma trekt de cirkel rond het Van Wiechenonderzoek wijder: in hoeverre is zintuigonderzoek onderdeel van het ontwikkelingsonderzoek van jonge kinderen? Vanuit haar lange ervaring in gehoor- en visusonderzoek leidt dr. van Laar in.
- In hoeverre is een kind voorspelbaar, is een mens gedetermineerd? Een oude existentiële vraag, met name ook in deze gewesten. Ook: is bij de beoordeling van de ontwikkeling van een kind de klinische blik niet beter dan te refereren

aan normen? Dr. de Winter leidt deze vragen en andere in, mede op basis van zijn promotieonderzoek.

- Ouders met een kind met een stoornis in de ontwikkeling wensen, ook achteraf, behalve tijdige onderkenning vaak meer duidelijkheid daarbij, en goede coördinatie en begeleiding. Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) is dan ook een activiteit waarbij preventieve en curatieve zorg nauw met elkaar verweven dienen te zijn. Vanuit zijn ervaring in deze, als Directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening in de provincie Utrecht, zal de heer Buschman over deze samenwerking spreken.
- Prof. Knops zal ons haar visie vanuit België geven, onder de titel 'Theorie en praktijk in Vlaanderen'. Het is goed ook buiten de landsgrenzen te zien.
- Prof. Van Wieringen aanvaardde de taak om op grond van het gehoorde van deze dag, mede vanuit zijn kennis en ervaring van de jeugdgezondheidszorg, de wegen voor de toekomst met ons te verkennen. Zoals in de aankondiging van het symposium wordt verwoord: Hoe bereiken we dat de jeugdgezondheidszorg optimaal functioneert, en daarmee aan zijn doel beantwoordt?

## LITERATUUR

HUYGENS Sr., C. Ongepubliceerd manuscript in de Leidse Universiteitsbibliotheek, 1637. NRC Handelsblad 27.03.1987

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KINDERGENEESKUNDE. De taak van de kinderarts buiten het ziekenhuis. Utrecht, NVK, 1983

VALERIUS, A. Nederlandtsche Gedenck-clanck, 1626

VONDEL, J. VAN DEN. Lucifer. Amsterdam, 1654

VOORHOEVE, H.W.A. & G.J. VAANDRAGER. Cursussen voor consultatiebureauartsen. Doel en ontwikkeling. Med. Contact 38 (1983) 1084-1086

WIERINGEN, J.C. VAN & G.J. VAANDRAGER. Preventief onderzoek in de jeugdgezondheidszorg. T. Kindergeneesk. 53 (1985) 85-91

## ONTWIKKELINGSONDERZOEK BIJ ZUIGELINGEN EN KLEUTERS

E.A. Schlesinger-Was

Gewoonlijk wordt als begin van de zuigelingen­zorg genomen de oprichting van het eerste consultatiebureau (CB) voor zuigelingen in 1901 door Plantenga in Den Haag. Drijfveer was de buitengewoon hoge zuigelingensterfte, die vooral was toe te schrijven aan slechte hygiënische omstandigheden en onkunde op het gebied van de verzorging van jonge kinderen. Dat deze beide factoren sterk afhankelijk zijn van de sociaal-economische toestand blijkt uit het feit dat de zuigelingensterfte onder de meest welvarende bevolkingsgroep aanzienlijk lager was dan onder de arme arbeidersbevolking (resp. 5 en 18%), terwijl bij de paupers in krotwoningen de sterfte onder het jaar 30,6% bedroeg! In 1985 was de zuigelingensterfte 8,0 ‰ (CBS, 1986).

Door het geven van adviezen betreffende voeding en voedselbereiding, kleding, ligging en verzorging van zuigelingen, door het geven van voorlichting in de vorm van cursussen voor moeders en later ook voor vaders, en op een aantal plaatsen door het verstrekken van melk - de zg. melkkeukens - of het geven van "zoogpremies", trachtten sociaal bewogen artsen en zusters - het woord "verpleegkundige" bestond toen nog niet - de allerergste nood te lenigen en sterfte door ondervoeding en zomerdiarree te beperken. Wie het boek "Een kwart eeuw zuigelingen­zorg" van Knapper uit 1935 leest, komt onder de indruk van de toestanden die hij beschrijft en die in het Nederland van vandaag hoogstens bij grote uitzondering zullen vóórkomen. Met te weinig artsen en verpleegsters probeerde men zoveel mogelijk ouders en hun kinderen te bereiken, ook op het platteland over grote afstanden, langs ongeplaveide wegen en met gebrekkige vervoermiddelen. De aantallen kinderen die men per zitting moest "verwerken" komen ons onmogelijk groot voor, maar mede dankzij de huisbezoeken die



de zuster bracht aan die gezinnen die haar hulp het hardst nodig hadden, deden de consultatiebureaus veel goeds. Zij werden door de bevolking zeer gewaardeerd en wonnen in korte tijd een enorme populariteit.

In het boek van Knapper komt het woord "ontwikkeling" niet vóór. De consultatiebureaus hadden ernstiger zorgen: overleven was het eerste en enige doel. Zoals Van Wieringen (1968) het heeft uitgedrukt: de vraag waarmee ouders het bureau bezochten, was aanvankelijk "blijft mijn kind in leven?" en voor zo'n 20% van de ouders moest het antwoord negatief luiden. Pas toen de zuigelingensterfte tot aanvaardbare waarden was gedaald, veranderde deze vraag in: "is of wordt mijn kind ziek?" en heden ten dage is de vraag "is mijn kind gezond en wel zo gezond mogelijk?" (Van Wieringen, 1973).

De vraag naar gezondheid - en zeker die naar optimale gezondheid - is moeilijk te beantwoorden. Voor het begrip "gezondheid" is nog steeds geen betere operationalisatie gevonden dan "een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte" (WHO, 1961), en het is erg moeilijk om een toestand van algemeen welbevinden vast te stellen of te meten. Het zoeken naar afwezigheid van ziekte leidt tot een proces van speuren naar vroege tekenen van ziekte en afwijkingen (secundaire preventie). Maar omdat voor een aantal stoornissen het vinden van de eerste symptomen al te laat blijkt te zijn, is het streven om zelfs vóórboden en predisponerende condities te ontdekken (primaire preventie). Dit hele proces draagt de naam vroegtijdige onderkenning (V.T.O.). We mogen echter nooit vergeten dat de jeugdgezondheidszorg haar wortels heeft in de vraag "is mijn kind gezond"? Deze vraag is echter alleen voor het moment van onderzoek te beantwoorden. De kracht van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is, dat deze vraag bij herhaling en met korte tussenpozen beantwoord wordt in een reeks contacten gedurende de zuigelingen- en kleutertijd. Dit volgen

van het kind in zijn groei en ontwikkeling is de longitudinale begeleiding die de JGZ biedt. Door het beeld dat arts en verpleegkundige van het kind krijgen tijdens deze herhaalde contacten, zal een afwijking in groei en ontwikkeling zo vroeg mogelijk kunnen opvallen. Op deze wijze is V.T.O. een bijproduct, een gevolg van de normale begeleiding, maar geen hoofddoel van de JGZ.

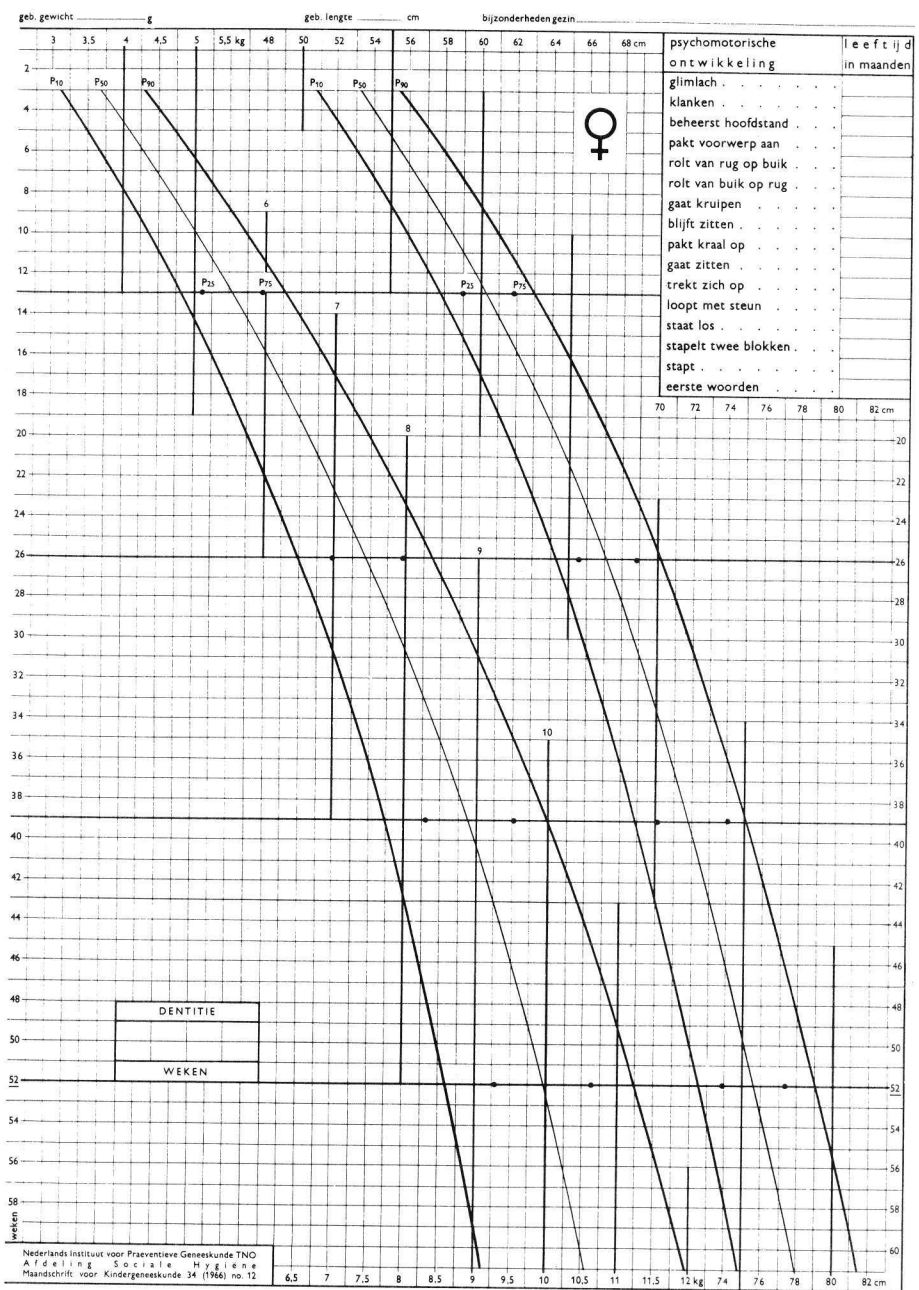
Het NIPG heeft een lange traditie op het gebied van belangstelling voor de kinderlijke ontwikkeling. Deze traditie is ongetwijfeld gegroeid op het inspirerend enthousiasme van Prof. de Haas die tot 1968 de leiding heeft gehad van de afd. Sociale Hygiëne, thans "sector jeugd". Op instigatie van De Haas was door zijn medewerkers Van Blankenstein en Welbergen (1962) een fotoreeks uit het eerste levensjaar van het kind gemaakt. Deze fotoserie was zó geslaagd en voorzag zózeer in een behoefte, dat de bijbehorende tekst in 7 talen is vertaald. Nog steeds behoren naar mijn smaak de foto's tot het beste, wat er op dit gebied beschikbaar is.

Verder waren in het NIPG landelijke kaarten ontworpen voor het vastleggen van de sociaal-medische gegevens van de kinderen op de consultatiebureaus. Nieuw was, dat op deze kaarten een groot aantal onderwerpen voorgedrukt was, dat bij het periodiek geneeskundig onderzoek diende te worden nagegaan. Zo werd een grote stap gezet in de richting van landelijk uniform werken en registreren in de JGZ. Landelijke uniformiteit is namelijk voorwaarde als men de gezondheid van kinderen wil volgen en begeleiden van hun geboorte tot in de jonge volwassenheid. Jonge mensen zijn immers weinig honkvast: ze verhuizen veelvuldig, evenals de - ook vaak jonge - medewerkers van de consultatiebureaus en dus krijgen de meeste kinderen met meerdere consultatiebureaus te maken. Dit maakt een goede overdracht van de gegevens en een zo groot mogelijke eenstemmigheid in de advisering noodzakelijk.

In 1967 werden de zuigelingen- en kleuterkaart gecombineerd tot "het drieluik", een doorbraak, doordat zuigelingen- en kleuterleeftijd nu op één kaart verenigd waren. Hiermee werd vorm gegeven aan de gedachte van longitudinale zorg, die ononderbroken verleend dient te worden van zuigelingen- tot kleuterleeftijd. De verbinding met de daaropvolgende fase, de schoolleeftijd, is de stap die nu nog gezet zou moeten worden. In Amsterdam is dit reeds lang geleden gebeurd: sinds 1934 wordt daar de gehele JGZ van 0-19 jaar in het kader van de GG en GD gegeven als één doorlopende zorg, zoveel mogelijk door één en hetzelfde team.

Een ander novum was, dat op de kaarten lengte- en gewichtcurven naar leeftijd waren afgedrukt - een hele pagina was daaraan gewijd. Ook deze curven, de landelijke groeicurven, waren het werk van de Afdeling Sociale Hygiëne onder leiding van De Haas (De Wijn & De Haas, 1960; Van Wieringen & Verbrugge, 1966; Van Wieringen et al., 1968). Het bijzondere was dat in deze curven, die waren samengesteld uit waarnemingen bij een groot aantal Nederlandse jeugdigen van 0-24 jaar, de bij de metingen gevonden spreiding werd weergegeven. Zo kreeg het begrip 'spreiding' voor iedere CB-medewerker betekenis: door het intekenen van lengte en gewicht op de leeftijdslijn kon men met één oogopslag zien of een kind hoorde tot de grote middengroep, of tot de zeer korte of zeer lange kinderen en door opeenvolgende metingen ontstond bovendien een beeld van het verloop van de groei in de tijd.

En tenslotte ruimde het drieluik, tegelijk met een grote plaats voor de groei, voor het eerst een officiële registratieplek in voor de ontwikkeling (afb. 1). Natuurlijk zullen ook al vóór het verschijnen van het drieluik artsen en verpleegkundigen op de ontwikkeling van de aan hun zorg toevertrouwde kinderen gelet hebben. Maar doordat voor het hoe, wanneer en waarom in de opleidingen geen richtlijnen werden gegeven, hing het van ieders persoonlijke belangstelling af in welke mate hij deze aandacht kon en wilde geven.



Afb. 1 Schema 'Psychomotorische ontwikkeling' op het Drieliuk voor zuigelingen- en kleuterzorg dat vanaf 1967 op de CB's wordt gebruikt.

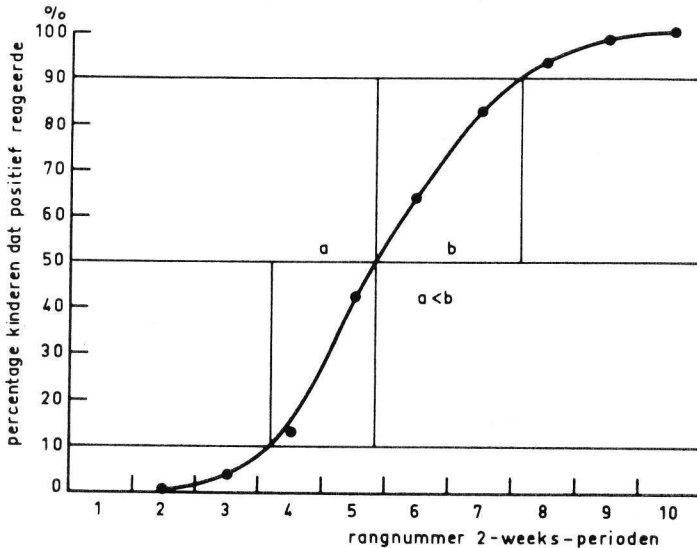
Eén van de eerste onderzoekjes die ik op het NIPG mocht doen was de evaluatie van het gebruik van het nieuwe drieluik, dat ruim één jaar tevoren in een aantal provincies was ingevoerd. Uit dit onderzoek bleek onder meer dat de ontwikkeling zelden op de daarvoor bestemde plaats werd geregistreerd: het meest genoteerd werd de glimlach (13,6%); de andere items aanzienlijk minder vaak. Wel werden op 1/3 deel van de kaarten enkele aantekeningen betreffende de ontwikkeling gemaakt in het groeidiagram (Van Wieringen & Schlesinger-Was, 1969).

Het is aan Van Wieringen te danken dat de ontwikkeling als hoofdthema werd gekozen voor onderzoek. Hij wees op de behoefte die er bestond aan referentiewaarden voor Nederlandse kinderen en zo groeide, onder zijn bezielende leiding, het longitudinale onderzoek "Psychomotorische ontwikkeling van zuigelingen en kleuters op 3 consultatiebureaus in de stad Utrecht" (Schlesinger-Was, 1981). Uit dit onderzoek, waarin een groep van 550 kinderen werd gevolgd vanaf het eerste bezoek aan het consultatiebureau op de leeftijd van 2 à 4 weken tot het verlaten van het kleuterbureau op 4-jarige leeftijd, kwamen de referentiewaarden voort van een groot aantal ontwikkelingskenmerken. Doordat op het zuigelingenbureau de kinderen met korte tussenpozen worden gezien - de intervallen lopen uiteen van 1 à 4 weken bij zeer jonge zuigelingen tot 4 à 6 weken in het tweede levenshalfjaar - was het mogelijk om met betrekkelijk grote nauwkeurigheid het eerste optreden van bepaalde, te verwachten ontwikkelingskenmerken bij deze kinderen waar te nemen en vast te leggen.

Daartoe werd gebruik gemaakt van de status quo-methode, waarbij alleen die waarnemingen als positief worden genoteerd, die op de dag van registratie geobserveerd of gerapporteerd zijn. Zodoende wordt er geen beroep gedaan op het herinneringsvermogen van de ouders; alleen de toestand van het ogenblik van onderzoek wordt vastgelegd. Als nu alle positieve waarnemingen van een bepaald ontwikkelingskenmerk naar leeftijd van het kind worden gegroe-

peerd en geteld, is van elke leeftijdsgroep het percentage kinderen bekend dat het betreffende kenmerk toont. Door deze met de leeftijd stijgende percentages op een leeftijdsas te zetten en de punten te verbinden door een vloeiende lijn, ontstaat er een S-vormige curve (afb. 2). Deze curve maakt het mogelijk om voor elke gewenste leeftijd het percentage kinderen af te lezen dat het onderzochte kenmerk toont.

Afb. 2 Voorbeeld van een cumulatieve percentielcurve (z.g. S-curve) van een ontwikkelingskenmerk



Als referentiewaarden voor ontwikkelingskenmerken worden gewoonlijk de leeftijden opgegeven waarop 10%, 50% en 90% van de normale kinderen deze kenmerken tonen: de P10-, P50- en P90-leeftijd. Tien procent van de normale populatie nl. die met een vlugge ontwikkeling, toont het kenmerk vóór de P10-leeftijd, 10% van de normale populatie, met een trage ontwikkeling, toont het na de P90-leeftijd en bij 80% speelt het optreden zich af tussen

de leeftijden van P10 en P90. Een kind dat op de P90-leeftijd een ontwikkelingskenmerk nog niet toont, behoort tot de 10% kinderen met een late ontwikkeling voor dat kenmerk. Onder hen zal zich, naast kinderen met een trage, maar verder normale ontwikkeling, een aantal kinderen kunnen bevinden met een pathologisch vertraagde ontwikkeling. Dit wil dus zeggen dat kinderen die op of na de P90-leeftijd één of meer items negatief scoren, zijn te beschouwen als een risicogroep, waarin de kans op het voorkomen van een ontwikkelingsstoornis verhoogd is.

Voor het onderzoek zijn ontwikkelingskenmerken gekozen uit publicaties van Gesell (1949, 1974), die het ontwikkelingsproces van jonge kinderen heeft ingedeeld in 5 *ontwikkelingsvelden*:

- grote motoriek* - van hoofdbalans tot lopen
- fijne motoriek* - van kijken tot grijpen
- adaptatie* - toegepaste motoriek
- spraak en taal* - alle communicatie
- persoonlijkheid en sociaal gedrag*

Deze indeling is een onmisbaar hulpmiddel bij het onderzoek van de ontwikkeling.

Het NIPG-onderzoek werd van meet af aan opgezet met het doel voor ogen van toepasbaarheid in de georganiseerde JGZ. De ontwikkeling is dan ook geobserveerd op het consultatiebureau, tijdens en als onderdeel van de normale consulten. Zo resulteerden er referentiewaarden, die betrekking hebben op Nederlandse kinderen, zoals deze zich gedragen in die bijzondere, anders-dan-thuis-situatie.

Tweede doel van het onderzoek was, om op basis van de resultaten een methodiek samen te stellen, die op consultatiebureaus bruikbaar zou zijn voor het periodiek onderzoek van de ontwikkeling. Daartoe is, uit het grote aantal ontwikkelingskenmerken in de zuigelingen- en kleuterleeftijd waarvan S-curven zijn vervaardigd, een keuze gemaakt van kenmerken die voldeden aan bepaalde voorwaarden, die samenhangen met hun waarde ter verkrijging van

een zo compleet mogelijk beeld van de ontwikkeling, hun gevoeligheid als signaal voor eventuele afwijkingen en hun praktische toepasbaarheid op het consultatiebureau. Met het oog op vroege signalering van vertraagde ontwikkeling is als referentiewaarde voor gebruik op het consultatiebureau de leeftijd gekozen waarop 90% van de gezonde, normale kinderen een bepaald kenmerk toont: de P90 leeftijd.

Terwijl de rapportage van het onderzoek in bewerking was, kwam het contact tot stand met collega Lingeman en de werkgroep die hij aan het vormen was. Deze werkgroep stelde zich tot taak het onderzoekschema van Van Wiechen, dat in Overijssel sinds 1968 op een aantal bureaus werd gebruikt voor het vroeg onderkennen van vooral motorische stoornissen, te wijzigen. Het schema moest qua inhoud worden aangepast aan de doelstelling van de JGZ en aan de gang van zaken op de consultatiebureaus. Bij deze herziening kon nu gebruik worden gemaakt van de recent bepaalde referentiewaarden.

In dezelfde periode werkte een commissie uit de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg aan een nieuw JGZ-dossier. Deze commissie besloot het schema van Lingeman's werkgroep - het herziene Van Wiechenschema - in het dossier op te nemen.

De overdracht van het nieuwe JGZ dossier aan de Nationale Kruisvereniging had plaats in 1982. Men schat dat thans van 80% van de Nederlandse kinderen de ontwikkeling wordt gevolgd aan de hand van het Van Wiechenschema.

Nu op zo grote schaal het ontwikkelingsonderzoek op deze wijze wordt uitgevoerd rijst de vraag wat daarvan de consequenties zijn ten aanzien van de gezondheidszorg en van vroege onderkenning van stoornissen. Ook vraagt men zich af, of er wellicht negatieve neveneffecten zijn, zoals het wekken van ongerustheid bij ouders, indien hun kind zich anders gedraagt dan aan de hand van het schema zou zijn te verwachten.



Hier komt nu een tekort aan gegevens aan het licht: een evaluatieonderzoek naar het gebruik van het Van Wiechenschema in de praktijk is nog niet verricht en er is dus geen zicht op het feit of het schema voldoet aan de behoeften in het veld en aan de verwachtingen die ouders koesteren ten aanzien van het periodiek geneeskundig onderzoek van hun kind op het consultatiebureau. Een evaluatieonderzoek, gericht op deze vragen moet zeker worden uitgevoerd en dat kan op vrij eenvoudige wijze gebeuren door het enquêteren van ouders en consultatiebureau-medewerkers. Aan een evaluatieonderzoek dat dieper gaat echter, kleven bezwaren van methodologische aard. Bovendien moet men zich afvragen wat de uitkomsten kunnen leren. In verband met het Van Wiechenschema wordt vaak gesproken over een valideringsonderzoek, gericht op fout-positieve en fout-negatieve uitkomsten. Daarbij wordt de denkfout gemaakt, dat het Van Wiechenschema een screeningsinstrument zou zijn, waarmee - bij juiste invulling - op eenvoudige wijze, uitsluitend op grond van de screeningsuitslag en naar uniforme criteria, een onderscheid gemaakt zou kunnen worden tussen een groep kinderen die vrijwel zeker geen ontwikkelingsstoornis heeft en een groep die mogelijk wèl een afwijkende ontwikkeling heeft. Het woord "ontwikkelingsstoornis" staat echter niet voor één duidelijk omschreven ziekte, maar is de verzamelnaam van een groot aantal afwijkingen, die zich op velerlei wijze en op verschillende tijdstippen manifesteren. Daarom zal het beeld dat ouders en CB-team hebben van het kind in zijn totale functioneren, tezamen met alle relevante sociaal-medische informatie waarover het CB kan beschikken, bepalend zijn voor de waarde die wordt toegekend aan de uitkomsten van het ontwikkelingsonderzoek: ontwikkelingsstoornissen lenen zich niet voor screening. Een onderzoekschema is een ding, een hulpmiddel of instrument in de handen van een denkend mens die over de nodige deskundigheid en vaardigheden moet beschikken om dit instrument te kunnen hanteren. Wat men aan harde gegevens kan

evalueren is de wijze, waarop de formulieren zijn ingevuld, volledig of onvolledig, leesbaar of onleesbaar, conform de gemaakte afspraken of naar willekeur. Wat *niet* is te evalueren is de juistheid van de geregistreeerde waarnemingen en van de daaraan gegeven interpretatie. De waarde van het ontwikkelingsonderzoek is volkomen afhankelijk van degene die het uitvoert, d.w.z. van diens waarnemingsvermogen en vaardigheid in het omgaan met kinderen. Voor de interpretatie van het waargenomene is bovendien kennis nodig van de normale ontwikkeling, van de vele variaties en grote leeftijdsspreiding, kennis van de afwijkende ontwikkeling en van de talloze factoren die de ontwikkeling in gunstige of ongunstige zin kunnen beïnvloeden en het vermogen om te schatten naar welke kant de balans zal doorslaan. Alleen als men kinderen prospectief volgt met het vooropgezette doel van evaluatie, kan men na jaren terugblikken en nagaan of de vroege waarnemingen kloppen met de uitkomst op latere leeftijd. Dan kan ook blijken op welk moment zich de eerste tekenen voordeden van een later manifest geworden stoornis. Een dergelijk onderzoek moet zeker gedaan worden, maar het duurt jaren vóór men over uitkomsten kan beschikken. Bovendien is het uiterst kostbaar door het longitudinale karakter en door de grote aantallen kinderen en CB-medewerkers die het zal moeten betreffen. Het is dan nog maar de vraag of de uitkomsten generaliseerbaar zijn en kunnen leiden tot algemeen geldende conclusies. Wat men tenslotte meet, is de deskundigheid van de consultatiebureau-medewerkers en hun geschiktheid voor dit werk. Een waardeoordeel over het schema als zodanig kan men er slechts mee verkrijgen, voor zover het de lay-out en de uitvoerbaarheid van de items op het bureau betreft.

Evaluatieonderzoek is dringend nodig, maar van primair belang is en blijft een gerichte deskundigheidsbevordering, in de vorm van een gedegen, specifieke opleiding voor consultatiebureau-artsen, die verplicht wordt gesteld voor allen. Bovendien moet de des-

kundigheid door regelmatig herhaalde nascholing up to date worden gehouden.

Het systematisch uitgevoerde onderzoek van de ontwikkeling heeft er zeker toe bijgedragen dat de JGZ van 0-4 jaar een aan de eisen van de tijd aangepaste invulling kreeg. Het is de taak van ons allen om ervoor te zorgen dat de bezuinigingswoede niet het recht van alle kinderen op optimale ontplooiing aantast, een recht dat in Nederland door een goed functionerend netwerk van consultatiebureaus wordt bewaakt. Het is onze plicht om het zo te houden.

#### LITERATUUR

BLANKENSTEIN, M. VAN, U.R. WELBERGEN & J.H. DE HAAS. De ontwikkeling van de zuigeling; een fotoreeks uit het eerste levensjaar. Amsterdam, Contact, 1962

CBS. (Centraal Bureau voor de Statistiek). Statistisch Zakboek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986

GESELL, A. & C.S. AMATRUDA. Developmental diagnosis; normal and abnormal child development; 2nd rev.ed. New York etc., Hoeber, 1949.

(3rd rev.ed.: Developmental diagnosis; the evaluation and management of normal and abnormal neuropsychologic development in infancy and early childhood; ed. by H. Knobloch & B. Pasamanick. Hagerstown, Md., etc., Harper & Row, 1974)

KNAPPER, N. Een kwart eeuw zuigelingenverzorging in Nederland. Amsterdam, Scheltema & Holkema, 1935

SCHLESINGER-WAS, E.A. Ontwikkelingsonderzoek van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau. Proefschrift RUL, 1981

WHO (World Health Organization). Basic documents; 12th ed. Geneva, 1961

WIERINGEN, J.C. VAN & H.P. VERBRUGGE. Groeidiagrammen van zuigelingen. Landelijke survey 1964-1966. Maandschr. Kindergeneesk. 34 (1966) 389-414

WIERINGEN, J.C. VAN, F. WAFELBAKKER, H.P. VERBRUGGE & J.H. DE HAAS. Groeidiagrammen 1965 Nederland. Tweede landelijke survey 0-24 jaar. Leiden, Groningen, NIG-TNO/Wolters-Noordhoff, 1968

- WIERINGEN, J.C. VAN. Onderzoek "Evaluatie werkwijze consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters"; interimrapport "Schema van werkzaamheden en taakverdeling". Leiden, NIPG-TNO, 1968
- WIERINGEN, J.C. VAN & E.A. SCHLESINGER-WAS. Onderzoek "Evaluatie medische kaarten voor consultatiebureaus voor zuigelingen, kleuters en schoolkinderen"; deelrapport "Evaluatie medische kaart voor zuigelingen en kleuters". Leiden, NIPG-TNO, 1969
- WIERINGEN, J.C. VAN. Longitudinale observatie, begeleiding en medische registratie in jeugdgezondheidszorg. Tijdschr. Soc. Geneesk. 51 (1973) 358-363
- WLJN, J.F. DE & J.H. DE HAAS. Groeidiagrammen van 1-25 jarigen in Nederland. (Verhandelingen NIPG 49) Leiden, 1960

## ONTSTAAN EN HERZIENING VAN HET VAN WIECHENSHEMA

J.G. Lingeman

De huidige vorm van het Van Wiechenschema is het resultaat van twee convergerende activiteiten. De ene was (althans in de beginfase) vooral gericht op de lotsverbetering van het spastische kind in de regio Zwolle, de andere strevend naar kwaliteitsverbetering van het werk op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters in Overijssel.

In de herfst van 1955 werd door Dr. K. Bobath, neuroloog, in samenwerking met zijn vrouw B. Bobath, een voordracht gehouden over een door hen ontwikkelde en gehanteerde behandelingsmethode voor spastische kinderen. Hun voordracht maakte veel indruk op de aanwezigen, zeker op een aantal specialisten, die toch al een gevoel van onvrede hadden over de zorg voor deze groep patiënten. Daarbij speelde vooral een rol het gebrek aan mogelijkheden tot intercollegiaal overleg en eensluidend advies. De Bobathmethode bood bovendien een aantrekkelijk alternatief voor de in die tijd niet zelden uitgevoerde (en herhaalde) chirurgische behandeling, en dat lang niet altijd met voldoening gevend resultaat. Naar aanleiding van de voordracht werd door een aantal artsen en fysiotherapeuten een werkgroep gevormd die zich zou inzetten voor de Bobathmethodiek. Vermoedelijk heeft niemand van de toen aanwezigen voorzien dat hun initiatief zou uitgroeien tot het voor de regio zo belangrijke Poliklinisch Kinderrevalidatiecentrum en Dagverblijf Vogelweyde dat wij nu kennen. Maar de werkgroep maakt daarvan nu, na ruim 30 jaar, ononderbroken nog steeds deel uit. De naam is veranderd in Regionaal Advies Team, er heeft een persoonswisseling plaats gehad, maar de werkwijze bleef in principe ongewijzigd. Een beschrijving van de zeker interessante geschiedenis van Vogelweyde valt buiten dit

bestek. Volstaan wordt met enkele voor dit betoog belangrijke gegevens.

De werkgroep kreeg al gauw een goede organisatorische basis en groeide uit tot een multidisciplinair adviesteam met als doelstelling: diagnostiek, behandelingsadvies, begeleiding en evaluatie ten behoeve van patiënten met motorische stoornissen. Dat tot de adviesmogelijkheden ook de methode Bobath zou behoren spreekt wel vanzelf.

H.J. van Wiechen, huisarts te Zwolle en amateur-cineast, trad al in de beginfase toe tot de werkgroep en ontpopte zich tot de motor, coördinator en organisator van het team.

Voor de beoordeling van elke nieuwe patiënt en vooral ook voor de beoordeling van de behandelingsresultaten werd, naast het onderzoek door de diverse deskundigen, gebruik gemaakt van herhaalde filmopnamen (later video-opnamen), volgens een vast schema, om het functioneren van de patiënt vast te leggen.

In 1966 promoveerde Van Wiechen op een proefschrift getiteld 'Resultaten van de poliklinische behandeling van kinderen met spastische parese'. Zijn onderzoeksgegevens berustten onder meer op de zojuist genoemde filmopnamen en het was dus tegelijkertijd een evaluatie van de bevindingen van de werkgroep tot op dat ogenblik.

Al lang voor het moment van de promotie was Van Wiechen tot de conclusie gekomen dat motorische ontwikkelingsstoornissen laat werden gesignaleerd, veel later dan nodig is, en dat het daarna nóg heel lang duurde eer van behandeling sprake was.

In zijn proefschrift kwam hij bovendien tot de slotsom dat fysiotherapeutische behandeling van spastische kinderen positief resultaat had, vooral als er vroeg met de behandeling werd begonnen.

Het ligt voor de hand dat Van Wiechen er zich voor inzette de vroegtijdige onderkenning te bevorderen. Het bekende schema werd

door hem samengesteld op grond van literatuurgegevens (o.a. Gesell) en op grond van eigen ervaringen en was aanvankelijk wellicht bedoeld voor intern gebruik, voor het onderzoek en vervolgen van de jonge patiënten. Maar het schema was heel eenvoudig, overzichtelijk, gemakkelijk in te vullen, ook in weinig tijd en dus, aldus Van Wiechen, geschikt voor gebruik op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters.

Voor de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Kruisverenigingen in Overijssel was Van Wiechen natuurlijk geen onbekende. Hij deed al het mogelijke om bekendheid te geven aan wat toen meestal werd aangeduid als 'het Dinsdagavondteam' of 'Het Spastisch Centrum' en gaf regelmatig lezingen aan onze wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen.

Zijn vraag om het onderzoekschema op alle consultatiebureaus in te voeren was voor ons zeker aantrekkelijk en strookte helemaal met onze doelstellingen over vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen. Het is zeker niet zo dat daar in Overijssel vóór die tijd geen belangstelling voor was of dat daar nog niets aan werd gedaan. Maar het Van Wiechenschema leek er een heel belangrijke aanvulling op. Het formulier dat op het consultatiebureau werd gebruikt (het zogenaamde drieluik) om de groei en ontwikkeling van elk kind te volgen bevatte wel een aantal ontwikkelingsitems, maar miste de uitstekende mogelijkheid van het Van Wiechenschema om snel overzichtelijk (en gedetailleerder) deze gegevens vast te leggen.

Ik weet niet meer precies wanneer met de introductie op de consultatiebureaus is begonnen. Om verschillende redenen, waarop ik hier niet zal ingaan, was het een langzame start, experimenteel, niet overal tegelijk, maar individueel per consultatiebureau-arts.

Pas veel later ging de invoering sneller en systematischer,

waarbij dan tijdens de groepsgewijze introductie óók de rolverdeling tussen verpleegkundige en arts ter sprake kwam.

Het was voor Van Wiechen zelf, en ook voor ons, van het begin af duidelijk dat het schema bedoeld was voor méér dan uitsluitend motorische ontwikkelingsstoornissen. Maar dat riep van meet af aan óók vragen op over de toepasbaarheid. Op grond van de ervaringen opgedaan op onze consultatiebureaus, maar ook op grond van opmerkingen van belangstellenden buiten de provincie ontstond bij ons de behoefte aan herziening van het schema.

Een belangrijke aanzet daarvoor werd natuurlijk gegeven door het bekend worden van de resultaten van nieuw wetenschappelijk onderzoek op dit terrein, verricht bij Nederlandse kinderen (Touwen 1976, Cools en Hermanns 1977, Schlesinger-Was 1979, 1981). Wij hadden daarover met Van Wiechen overeenstemming bereikt maar hij overleed helaas voordat met de revisie kon worden begonnen. In de jaren 1978-1983 is dat werk nauwgezet en met toewijding uitgevoerd door de Werkgroep Van Wiechen onder de vleugels van de Regionale Kruisvereniging West Overijssel. Men zie hiervoor het voorwoord in het Werkboek bij het herziene Van Wiechenschema.

Door de samenstelling van de Werkgroep Van Wiechen én door het feit dat het 'produkt' van de Werkgroep in 1983 door de Nationale Kruisvereniging werd opgenomen als 'psychomotorisch deel' van het nieuwe Dossier Jeugdgezondheidszorg (opvolger van het zgn. drieluik) is het belang van het Van Wiechenschema van meer dan regionale of provinciale betekenis geworden.

Terecht is de naam van Dr. H.J. van Wiechen aan het schema verbonden gebleven, maar ik zou onrecht doen aan velen wanneer ik er niet aan herinnerde dat ook vele anderen zich met grote inzet, zij het minder in het oog springend, voor dit werkstuk hebben ingezet.



## LITERATUUR

- COOLS, A.T.M. & J.M.A. HERMANS. Denver Ontwikkeling Screening Test (D.O.S.); handleiding. Amsterdam, Swets & Zeitlinger, 1977
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Dossier Jeugdgezondheidszorg. Bunnik, 1983
- SCHLESINGER-WAS, E.A. & J.C. VAN WIERINGEN. Project "Psychomotorische ontwikkeling van zuigelingen en kleuters op drie consultatiebureaus in de stad Utrecht"; interimrapport "Leeftijdsspreiding van ontwikkelingskenmerken zuigelingenperiode". Leiden, NIPG-TNO, 1979
- SCHLESINGER-WAS, E.A. Ontwikkelingsonderzoek van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau. Leiden, 1981. Proefschrift RUL.
- TOUWEN, B.C.L. Neurological development in infancy. London, Heinemann, 1976 (Clinics in developmental medicine 58)
- WERK GROEP VAN WIECHEN. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau. Werkboek bij het herziene Van Wiechenschema. Zwolle, Kruisvereniging West-Overijssel, 1983
- WIECHEN, H.J. VAN. Resultaten van de poliklinische behandeling van kinderen met spastische parese. Groningen, 1966. Proefschrift RUG.
- WIECHEN, H.J. VAN. Vroegtijdige opsporing van gehandicapte zuigelingen en peuters. Huisarts Wet. 15 (1972) 351-354

## TOEPASSING VAN HET VAN WIECHENSHEMA OP HET CONSULTATIEBUREAU

M.S. Laurent de Angulo

### Inleiding

Eén van de taken van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de systematische longitudinale begeleiding van de ontwikkeling van alle in zorg zijnde kinderen en, in het verlengde hiervan, de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen.

In het kader van deze taak wordt op de consultatiebureaus (CB's) voor zuigelingen en kleuters in toenemende mate gebruik gemaakt van het herziene Van Wiechen-onderzoekschema.

Bij de herziening van het schema had de Van Wiechenwerkgroep een tweeledig doel voor ogen:

- het bevorderen van systematisch gericht onderzoek van de ontwikkeling en
- het bevorderen van landelijk uniforme registratie.

Rekening houdend met enerzijds eisen van wetenschappelijke aard en anderzijds de beperkingen opgelegd door de situatie van het consultatiebureau, heeft de werkgroep een schema ontworpen dat dienst doet als leidraad voor onderzoek en tevens als registratieformulier.

### Het Van Wiechenschema

Het Van Wiechen-onderzoekschema bestaat uit 2 delen:

het schema 0-15 mnd bevat 37 items verdeeld over 7 onderzoekmomenten (zie afbeelding 3). Het schema 18-54 mnd bevat 39 items verdeeld over 6 onderzoekmomenten (zie afbeelding 4).

Beide zijn opgenomen in het dossier JGZ, dat in 1985 is verschenen.

De items of ontwikkelingskenmerken zijn voor het grootste deel

ontleend aan het werk van Gesell en gekozen op grond van o.a. hun gevoeligheid voor de meest voorkomende afwijkingen in de ontwikkelingsvelden beschreven door deze auteur.

Er is naar gestreefd bij ieder onderzoekmoment alle velden van ontwikkeling aan bod te laten komen. In overeenstemming met het verloop van de ontwikkeling ligt de klemtoon in het zuigelingen-schema op de grove motoriek en in het peuter-kleuterschema op de fijne motoriek, adaptatie, taalontwikkeling en sociale vaardigheden.

In de praktijk maakt het ontwikkelingsonderzoek deel uit van het algemeen lichamelijk onderzoek. Bij de zuigeling wordt het geïntegreerd in het algemeen lichamelijk onderzoek uitgevoerd, bij de peuter - kleuter vindt het, terwille van de coöperatie van het kind, meestal voorafgaand aan het lichamelijk onderzoek plaats.

De filosofie die volgens de Van Wiechenwerkgroep ten grondslag moet liggen aan ontwikkelingsonderzoek, en dus ook aan het schema, is dat het volgen van de ontwikkeling dient te gebeuren zowel naar tempo als naar kwaliteit van het beeld.

Ontwikkelingskenmerken zijn gedragingen die overeenkomstige leeftijdsfasen karakteriseren. In het onderzoekschema zijn zij zò gerangschikt dat op de aanbevolen leeftijd van onderzoek tenminste 90% van de normale gezonde kinderen, die het consultatiebureau bezoeken, het kenmerk toont.

Door de afstemming op de P90-leeftijd

- kan een bijdrage aan Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen (VTO) worden geleverd: na de P90-leeftijd is de kans op het voorkomen van een ontwikkelingsstoornis verhoogd;
- wordt vermeden dat een te groot aantal kinderen als "vertraagd" wordt bestempeld. Hiermee samenhangend worden voorkomen: een overbodige belasting van de 1e en 2e lijnsgezondheidszorg en onnodige ongerustheid van de ouders. Bovendien

**E. Psycho-motorische ontwikkeling 0 - 15 mnd.** roepnaam \_\_\_\_\_ zuigelingnummer \_\_\_\_\_

12 naam	geboortedatum	leeftijd in weken of maanden														opmerkingen	
		R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L		
zwangerschapsduur	_____ weken																
4 wk =	1 ogen fixeren																
1 md	2 reageert op toespreken (M)																
	3 beweegt armen evenveel																
	4 beweegt benen evenveel																
	5 heft kin even van onderlaag																
8 wk =	6 lacht terug (M)																
2 md	7 volgt met ogen én hoofd																
	8 handen af en toe open																
13 wk =	9 kijkt naar eigen handen (M)																
3 md	10 maakt geluiden terug (M)																
	11 blijft hangen bij optillen onder oksels																
	12 heft in buikligging hoofd tot 45°																
26 wk =	13 speelt met handen middenvoor																
6 md	14 pakt in rugligging voorwerp																
	15 optrekken tot zit: hoofd komt mee																
	16 draait hoofd naar geluid																
	17 verticaal zwaaien: benen gebogen of trappelen																
	18 kijkt rond met 90° geheven hoofd																
	39 wk =	19 pakt voorwerp over															
9 md	20 houdt voorwerp vast, pakt nog een voorwerp in andere hand																
	21 speelt met beide voeten (M)																
	22 rolt zich om van rug naar buik (M)																
	23 kan hoofd goed ophouden in zit																
	24 zit op billen, ook met gestrekte benen																
52 wk =	25 zegt "dada, baba" of "gaga" (M)																
12 md	26 blijft los zitten																
	27 pakt propje met duim en wijsvinger																
	28 kruipt vooruit, buik op de grond (M)																
	29 trekt zich op tot staan (M)																
	30 zwaait "dag, dag" (M)																
	31 brabbelt bij zijn spel (M)																
65 wk =	32 doet blokje in/uit doos																
15 md	33 speelt "geven en nemen" (M)																
	34 kruipt, buik vrij van de grond (M)																
	35 loopt langs (M)																
	36 begrijpt enkele woorden (M)																
	37 gebruikt 2 woorden met begrip (M)																

**conclusie**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naar dr. H.J. van Wechen:  
gewijzigde uitgave v. 1981  
Bronnen: Schiesinger-Was  
NIPOTNO, 1979, 1981  
Touwen, 1973

**Afb. 3.** Schema 'Psychomotorische ontwikkeling van zuigelingen' in het sinds 1985 op de CB's ingevoerde 'Dossier jeugdgezondheidszorg'

**I. Psycho-motorische ontwikkeling 18 - 54 mnd.** roepnaam \_\_\_\_\_ kleuternummer \_\_\_\_\_

**18**

naam	leeftijd in jaren en maanden	R L R L R L R L R L R L R L												opmerkingen
		R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	
geb. datum														
18md	38 stapelt 2 blokjes													
	39 gaat op onderzoek uit (M)													
	40 zegt 3 "woorden" (M)													
	41 wijzen/pakken van 2 genoemde voorwerpen													
	42 loopt los													
	43 gooit bal zonder om te vallen													
2 jr	44 stapelt 3 blokjes													
	45 doet anderen na (M)													
	46 drinkt zelf uit beker (M)													
	47 zegt "zinnen" van 2 woorden (M)													
	48 doet op verzoek bal in doos													
	49 raapt vanuit hurkzit iets op													
	50 loopt goed los													
2 jr +	51 stapelt 6 blokjes													
6 md	52 plaatst ronde vorm in stoof													
	53 trekt kledingstuk uit (M)													
	54 eet zelf met lepel (M)													
	55 noemt zichzelf bij eigen naam of "ik" (M)													
	56 wijst 5 voorwerpen aan in boek													
	57 schopt bal weg													
3 jr	58 bouwt trein met schoorsteen na													
	59 tekent verticale lijn na													
	60 plaatst 3 vormen in stoof													
	61 zegt "zinnen" van 3 of meer woorden(M)													
	62 wijst 4 lichaamsdelen aan													
	63 fietst op driewieler (M)													
3 jr +	64 bouwt brug na													
9 md	65 houdt potlood met vingers vast													
	66 plaatst 4 vormen in stoof													
	67 trekt eigen kledingstuk aan (M)													
	68 praat tijdens het spel (M)													
	69 vraagt "waarom" (M)													
	70 springt met beide voeten tegelijk													
4 jr +	71 tekent kruis na													
6 md	72 wast, droogt handen (M)													
	73 is goed verstaanbaar voor anderen													
	74 vertelt wat thuis of elders gebeurd is (M)													
	75 legt op verzoek blokje op/onder/voor/achter/naast stoel													
	76 kan minstens 5 tellen op één voet staan													

**Conclusie**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Naar dr. H.J. van Wiechen, gewijzigde uitgave: 1981  
Bronnen: Gools en Heremans, 1977, Schaeferlaekens, 1980, Schierengen Was, NIPGTNO 1979, 1981

**Afb. 4. Schema 'Psychomotorische ontwikkeling van kleuters' in het sinds 1985 op de CB's ingevoerde 'Dossier jeugdgezondheidszorg'**

hoopt men een teveel op prestatie en zelfs competitie gerichte belangstelling van ouders en omgeving niet in de hand te werken. Gezien echter de grote leeftijdsspreiding in het verschijnen van ontwikkelingskenmerken bij normale kinderen is het op grond van het tempo van de ontwikkeling alléén, zelden mogelijk om tijdig onderscheid te maken tussen (traag) normaal en (traag) afwijkend. Een ontwikkelingskenmerk dient daarom niet alleen *kwantitatief* - in termen van op tijd verschenen of niet - gescoord te worden, maar moet ook *kwalitatief* - in termen van wijze van uitvoering - worden beoordeeld. Voor de tijdige signalering van ontwikkelingsstoornissen is de manier waarop een handeling wordt uitgevoerd minstens even belangrijk als het feit dat de handeling wordt verricht. Dit is de reden waarom in het schema een aantal neurologische kenmerken is verwerkt, op basis van de zogenaamde "alarmsymptomen" beschreven door Touwen. Dit zijn gedragingen die niet tot het normale gedragsrepertoire behoren en die gericht zijn op de herkenning van pathologie (b.v. asymmetrie, hypotonie, hypertonie).

Om een kwalitatieve beoordeling mogelijk te maken is de keuze van de items er mede op gericht geweest dat een ontwikkelingskenmerk bij voorkeur geobserveerd moet kunnen worden in de situatie van het consultatiebureau.

De plaats van het Van Wiechenschema in het ontwikkelingsonderzoek is die van een hulpmiddel. Een oordeel over de ontwikkeling van een individueel kind dient niet alleen te berusten op de uitkomsten van het onderzoek volgens het Van Wiechenschema, maar tevens op alle relevante informatie uit andere bronnen. In een Werkboek bij het schema wordt ruime aandacht aan dit aspect besteed.

Ook de rol van de ouders is van groot belang: zij zijn bij uitstek de aangewezen personen om informatie over de ontwikkeling van hun kind te geven. Om het aandeel van de ouders beter tot zijn recht te laten komen is een ouderregistratiekaart ontwor-

pen. Deze is opgenomen in het zogenaamde Groeiboek en bestrijkt zowel de zuigelingenperiode (zie afbeelding 5) als de peuter-kleuterleeftijd (zie afbeelding 6). Het gaat om 22 respectievelijk 17 items, waarvan een aantal zich in het bijzonder leent voor observatie in de thuissituatie. Vermelding van P90-leeftijden is bewust achterwege gelaten.

### Implementatie

Uit het voorgaande mag blijken dat een gedegen gebruik van het onderzoekschema alleen verwacht mag worden van een geschoolde, goed geïnstrueerde CB-medewerker.

De introductie van het Van Wiechenschema bij de CB-medewerkers is een taak van de staven JGZ van de provinciale c.q. groot-regionale kruisverenigingen. Deze hebben hiertoe enkele handreikingen gekregen tijdens het Van Wiechensymposium gehouden in Zwolle in november 1983.

Aspekten die bij de introductie van het onderzoekschema aan de orde (moeten) komen zijn:

- informatie over ontwikkeling en ontwikkelingsonderzoek in het algemeen en over het herziene Van Wiechenschema in het bijzonder;
- integratie in het CB-werk, zowel organisatorisch (b.v. taakverdeling, oproepschema) als inhoudelijk (b.v. raakvlakken met veiligheidskaarten en met pedagogische advisering);
- instructie van de CB-artsen (zie verder);
- interpretatie van de bevindingen (mogelijkheden c.q. beperkingen van het onderzoekschema).

## Eigen observaties

Op deze bladzijde kun je gegevens van je eigen kind invullen, die ook de dokter en de wijkverpleegkundige zullen interesseren.

Mijn kind	datum	leeftijd in maanden
lacht terug		
volgt met ogen en hoofd		
kijkt naar eigen handen		
maakt geluidjes terug		
kan in buikligging hoofd goed ophouden		
pakt speelgoed zowel links als rechts aan		
trekt over gezicht gelegd doekje zelf weg		
onderscheidt vreemden van bekenden		
speelt met eigen voeten		
rolt zich om van rug naar buik en omgekeerd		
blijft los zitten		
pakt kruimels tussen duim en wijsvinger		
kauwt broodkorst uit eigen hand		
kruipt vooruit, buik op de grond		
doet geluiden na		
gaat zonder hulp zitten		
trekt zich op tot staan		
kruipt, buik vrij van de grond		
loopt langs		
doet spelletjes "geven en nemen"		
brabbelt tegen mensen		
gebruikt twee woordjes met begrip, andere dan papa of mama. Welke?		
eerste tandje, duidelijk zichtbaar		
aantal tanden met één jaar		

Afb. 5. Registratiekaart voor ouderobservaties op de zuigelingenleeftijd in het Groeiboek



## Eigen observaties

die ook de dokter en de wijkverpleegkundige zullen interesseren, een vervolg van bladzijde 32.

Mijn kind	datum	leeftijd
gaat graag op onderzoek uit		
loopt vandaag voor het eerst echt los, wel ... stappen		
zegt behalve "papa" en "mama" nog 3 andere woordjes, zoals .....		
vindt het leuk iemand na te doen, bv schoonpoetsen, ramen zemen, stofzuigen, .....		
gebruikt steeds dezelfde "woorden"/klanken om b.v. speelgoed, eten, drinken of huisdier aan te duiden en zegt .....		
het lukt hem/haar netjes uit een kopje of gewone beker te drinken		
eet zijn brood zelf met een vorkje		
eet zelf netjes met een lepel		
maakt kleine zinnen van twee (of meer) woorden zoals .....		
praat over zichzelf en zegt .....		
maakt zinnen van 3 of meer woorden zoals .....		
wil zich regelmatig zelf uitkleden, zegt "zelf doen", trekt .....		
wil regelmatig iets zelf aantrekken zoals .....		
heeft tijdens het alleen spelen hele verhalen te vertellen		
vraagt dikwijls: "wat is dat?" (zoals .....		
vraagt regelmatig "waarom?" Wil duidelijk steeds meer weten		
vertelt goed verstaanbaar en leuk over wat er gebeurd is of wat hij gedaan heeft, wie er bij waren, enz.		

**Afb. 6** Registratiekaart voor ouderobservaties op de kleuterleeftijd in het Groeiboek

Voor de instructie van de CB-artsen zijn verschillende hulpmiddelen voorhanden:

- het Werkboek bij het herziene Van Wiechenschema (1983).

Dit Werkboek bevat algemene achtergronden van ontwikkelingsonderzoek en een beschrijving van alle items (zie afbeeldingen 7 en 8). Met name wordt de uitvoering van het onderzoek nauwkeurig beschreven, inclusief het hanteren van het onderzoekmateriaal;

- (audio)visuele middelen, met name diaserieën en videobanden, die bedoeld zijn als visuele ondersteuning van de schriftelijke en mondelinge instructie.

De videobanden (1985) zijn "instructie-banden": zij hebben tot doel het duidelijk zichtbaar maken van de ontwikkelingskenmerken en het demonstreren van de wijze waarop het ontwikkelingsonderzoek dient te worden uitgevoerd.

Terwijl het Van Wiechenschema reeds een aantal jaren in gebruik is, moet gekonstateerd worden, dat een overzicht van kwantiteit en kwaliteit van het gebruik ontbreekt, alsook van de knelpunten die door CB-medewerkers worden ervaren. Dit geldt eveneens ten aanzien van effecten van het gebruik.

Wel valt het JGZ-medewerkers van de provinciale kruisverenigingen op, dat ondanks een zorgvuldige introductie, het gebruik van het schema na verloop van tijd in wisselende mate te wensen gaat overlaten. Dit geldt zowel ten aanzien van onderzoeksmethodiek en registratie als van beoordeling en interpretatie.

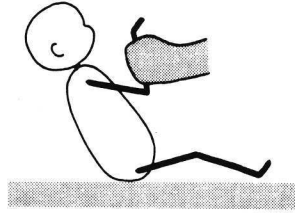
Net als bij andere delen van het basispakket JGZ is hier blijvende ondersteuning nodig. Deze vindt plaats in verschillende vormen (werkbegeleiding, consultatie, bijscholing en ondersteuning bij verwijzingen).

## Inhoud

	blz.
INLEIDING. . . . .	1
DEEL I ONTWIKKELING EN ONTWIKKELINGSONDERZOEK	
1. DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEKSCHEMA . . . . .	3
2. ONTWIKKELING . . . . .	4
2.1 Psychomotorische ontwikkeling . . . . .	4
2.2 Ontwikkelingsvelden . . . . .	5
2.2.1 Motorische ontwikkeling . . . . .	6
2.2.2 Communicatieve ontwikkeling . . . . .	8
2.3 Leeftijdsspreiding. . . . .	14
2.4 Ontwikkelingsstoornis . . . . .	16
2.5 Prevalentie van ontwikkelingsstoornissen. . . . .	17
3. ONTWIKKELINGSONDERZOEK . . . . .	19
3.1 In het kader van jeugdgezondheidszorg . . . . .	19
3.2 Beoordeling van de ontwikkeling . . . . .	20
3.2.1 Tempo . . . . .	20
3.2.2 Kwaliteit . . . . .	20
4. DE ONDERZOEKSCHEMA'S . . . . .	23
4.1 Eisen aan de schema's te stellen. . . . .	23
4.2 Inhoud van de schema's. . . . .	24
4.2.1 Keuze van de items. . . . .	24
4.2.2 Uitgangspunten voor de opzet. . . . .	25
4.3 Gebruik van de onderzoekschema's. . . . .	28
4.4 Registratie . . . . .	30
5. INTERPRETATIE VAN HET ONTWIKKELINGSONDERZOEK . . . . .	33
DEEL II BESCHRIJVING VAN DE ONTWIKKELINGSKENMERKEN	39
LITERATUUR . . . . .	135
BIJLAGEN:	
v. Wiechen-schema 0-15 md . . . . .	139
v. Wiechen-schema 18-54 md . . . . .	141
Zuigelingen ouder-registratiekaart . . . . .	143
Indeling naar velden van ontwikkeling . . . . .	144
Overzicht van referentie-waarden . . . . .	146

15. OPTREKKEN TOT ZIT : HOOFD KOMT MEE

26 weken



Indien negatief: alarmsymptoom

*Onderzoekmethode*

Het kind ligt in rugligging op de onderzoektafel.  
Eerst vangt de onderzoeker de aandacht van het kind. Hij omvat de onderarmen van het kind zonder de handen aan te raken. Door het kind langzaam op te trekken tot zithouding spoort hij hem aan te gaan zitten. Zo nodig enige malen proberen.  
Als het kind bij de handen wordt vastgehouden i.p.v. bij de onderarmen kan een ongewenste flexie-(of extensie-)reflex optreden.

*Als positieve respons geldt*

Het hoofd komt en blijft in één lijn met de rug tijdens het optrekken tot zit (het hoofd hangt niet meer achterover, "head lag" is verdwenen).

*Waarom dit item ?*

Dit item betreft de ontwikkeling van de grove motoriek.

Abnormaal symptoom (Touwen):

"Slap afhankelijk hoofd bij (optrekken in) zithouding - op elke leeftijd een waarschuwingsteken".

*Literatuur*

D.O.S.	"Hoofd stevig bij omhoog trekken" (motorisch gedrag)	P50 : 1,4 maand P90 : 4,8 maanden
Gesell	"Pulied -to- sitting test: no head lag"	P50 : 20 weken
Hellbrügge	"Bij het omhoog trekken tot de zithouding wordt het hoofd nu helemaal mee opgeheven"	
Illingworth	"Pull to sit - no head lag"	vermeld bij de leeftijd van 4 maanden
Schlesinger-Was	"Optrekken tot zit-head lag negatief" (observatielijst)	P10 : 12 weken P50 : 19 weken P90 : 25 weken
Sheridan	"Pulled to sit, little or no head lag"	vermeld bij de leeftijd van 3 maanden
Touwen 1976	In deze geselecteerde groep kwam "head lag" bij optrekken tot zit niet voor	
Touwen 1982		

**Afb. 8** Voorbeeld van de beschrijving van een ontwikkelingskenmerk in het Werkboek

Dit neemt niet weg, dat de noodzaak van een evaluatie van het Van Wiechenschema zich steeds sterker opdringt. Het is daarom verheugend, dat de Van Wiechenwerkgroep met ingang van januari 1987 is overgegaan in een Van Wiechencommissie van de Nationale Kruisvereniging, met als opdracht voorstellen te ontwikkelen voor een evaluatie van het Van Wiechenschema.

#### LITERATUUR

WERKGROEP VAN WIECHEN. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau. Werkboek bij het herziene Van Wiechenschema. Zwolle, Kruisver. West-Overijssel, 1983.

In de literatuurlijst van het Werkboek zijn de onderzoeken vermeld waarop het herziene Van Wiechenschema is gebaseerd.

#### PRAKTISCHE INFORMATIE

De volgende materialen zijn te verkrijgen bij of via de:  
Nationale Kruisvereniging  
Postbus 100  
3980 CC Bunnik  
tel.nr. 03405-64844

1. Dossier JGZ (jongens/meisjes).
2. Losse exemplaren van het onderzoekschema "Psychomotorische ontwikkeling 0-15 mnd".
3. Losse exemplaren van het onderzoekschema "Psychomotorische ontwikkeling 18-54 mnd".
4. Standaard onderzoekmateriaal.
5. Werkboek bij het herziene Van Wiechenschema.

6. Toelichting op de ouderregistratiekaart. Bulletin nr. 33, herziene uitgave, van de Kruisvereniging West-Overijssel, oktober 1980.
7. Onderzoekschema voor het onderzoek van de psychomotorische ontwikkeling van 0-4½ jarigen. Bulletin nr. 48, van de Kruisvereniging West-Overijssel, augustus 1983.
8. Diaserie "Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau-0-15 mnd".
9. Diaserie "Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau-18-54 mnd".

Het Groeiboek (9e herziene druk) is te bestellen bij:

GVO Den Haag

Burgemeester de Monchyplein 14

2585 BD Den Haag

Tel.nr. 070-122117

122615

ISBN 90-6901-005-4/CIP.

Videobanden 'Kinderen in ontwikkeling',

- deel 2: Ontwikkelingsonderzoek zuigelingen (0-15 maanden)

- deel 3: Ontwikkelingsonderzoek kleuters (1.5-4.5 jaar)

zijn te huren bij:

MEDUCATIEF

Heidelberglaan 1

Postbus 80140

3508 TC UTRECHT

Tel.nr. 030-534699.

TOEPASSING VAN HET VAN WIECHENSHEMA  
IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

S.P. Verloove-Vanhorick

Het Project Onderzoek Prematuritas en Small for gestational age (POPS) is tot stand gekomen in overleg met de leden van de Sectie Perinatologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (Verloove-Vanhorick et al., 1986, 1987). De intensieve zorg voor pasgeborenen had in de jaren zeventig een hoge vlucht genomen en de behoefte aan evaluatie van deze vorm van zorg was navenant gestegen. De bestaande registratiesystemen (Centraal Bureau van de Statistiek, Stichting Medische Registratie, Landelijke Verloskunde Registratie) boden onvoldoende mogelijkheden hiertoe. Niet alleen bestond er geen inzicht in de neonatale en latere morbiditeit van ernstig zieke pasgeborenen, ook de sterfte en de incidentie waren slechts bij benadering bekend.

De groep pasgeborenen die kwalitatief en kwantitatief de meeste zorg nodig heeft, is de groep veel te vroeg geboren, vaak ook gedefinieerd als "very low birthweight" (VLBW), d.w.z. met een geboortegewicht onder 1500 g. In het POPS werd daarom als doelgroep genomen: alle in 1983 levend geboren kinderen met een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken (ernstige vroeggeboorte) en (of) een geboortegewicht van minder dan 1500 g (VLBW). Doel van het onderzoek was de incidentie van ernstige vroeggeboorte en VLBW, en de sterfte in deze groep vast te stellen, en gegevens bijeen te brengen over ziekte en complicaties tijdens de eerste opname en na ontslag naar huis. Door middel van een follow-up onderzoek zou op de leeftijd van twee jaar de toestand van de kinderen opnieuw geëvalueerd worden met betrekking tot gezondheid, handicaps, groei, ontwikkeling en gedrag. Tevens zou gezocht worden naar relaties tussen sterfte en handicaps enerzijds, en perinatale complicaties anderzijds.

Aan het POPS wordt meegewerkt door kinderartsen in 102 praktijken in heel Nederland. Zij brachten gegevens bijeen van 1338 kinderen die voldeden aan de criteria om in de studie te worden opgenomen (<32 weken en(of) < 1500 g). In niet-deelnemende ziekenhuizen bleken achteraf (enquête) nog 85 dergelijke kinderen geboren te zijn, zodat de incidentie van VLBW in Nederland 0.68% bedraagt, en die van ernstige vroeggeboorte 0.63%. De incidentie van VLBW + ernstige vroeggeboorte (alle kinderen van het POPS) bedraagt 0.84%. Sterfte bleek vooral samen te hangen met de zwangerschapsduur: bij een zwangerschapsduur van 26-27 weken was de sterfte 53%, bij 30-31 weken 14%. In het gehele cohort overleden tijdens de periode na de geboorte (maar nog in het ziekenhuis) 340 kinderen (25%). Van de 998 kinderen die naar huis ontslagen werden overleden er tijdens de follow-up periode nog 27 (2%). De resterende 971 kinderen werden vrijwel allemaal onderzocht op de gecorrigeerde leeftijd van 2 jaar (d.w.z. 2 jaar na de datum waarop ze à terme geboren hadden moeten zijn). Van 825 kinderen waren deze gegevens in februari 1987 voorlopig bewerkt. Hieronder bevonden zich 50 kinderen, die naar het oordeel van de behandelend kinderarts een ernstige handicap hadden (een afwijking, die het functioneren van het kind in de maatschappij nu, of in de toekomst, belemmert). Deze 50 ernstige handicaps waren te onderscheiden in: spasticiteit en andere afwijkingen van het centraal zenuwstelsel (CZS): 11; mentale retardatie: 1; CZS-afwijkingen gecombineerd met mentale retardatie: 25; visusstoornis (Retinopathy of Prematurity): 2 (bovendien nog 3 in combinatie met CZS-afwijkingen); gehoorstoornis 3 (bovendien nog 1 in combinatie met CZS-afwijking); congenitale afwijkingen: 8.

De ernstig gehandicapte kinderen vormen 3.7% van het oorspronkelijke cohort, 5.1% van het totaal aantal overlevende kinderen, en 6.1% van het totaal aantal kinderen waarvan de gegevens op 2 jaar bekend zijn.



Eén van de onderdelen van het onderzoek op de leeftijd van 2 jaar werd gevormd door het Van Wiechenschema. De items, gerelateerd aan de leeftijd van 18 maanden, 24 maanden en 30 maanden werden van vrijwel alle gecontroleerde kinderen nagegaan. Op deze manier werd bereikt, dat van alle kinderen een indruk van de psychomotore ontwikkeling ontstond, waarop de behandelend kinderarts mede het oordeel over de toestand van het kind kon baseren.

Als eerste stap in de evaluatie van de psychomotore ontwikkeling werd voor de items, behorende bij 24 maanden, onderzocht hoeveel procent van de kinderen positief scoorde op het onderzoekmoment. Dit bleek voor 6 van de 7 items ongeveer 90% te zijn (normaal), behalve voor het item "zegt zinnen van 2 woorden", waar ongeveer 75% aan voldeed. Gezien de latere 90e-percentielle leeftijd voor dit item (129 weken) kan ook dit niet als afwijkend beschouwd worden.

De werkelijke gecorrigeerde leeftijd waarop het naonderzoek verricht was bleek een grote spreiding te vertonen (53 tot 156 weken). Toch waren 517 (63%) van de kinderen onderzocht op een gecorrigeerde leeftijd tussen 100 en 108 weken. Van deze 517 kinderen werden de gegevens nader onderzocht in het kader van een afstudeerproject (Rijken, 1987).

Tabel 1 toont deze gegevens: op 4 van de 5 geëvalueerde items bleken ruim 90% van de POPS-kinderen positief te scoren ("stapelt 3 blokjes", "doet op verzoek bal in doos", "raapt vanuit hurkzit iets op", "loopt goed los"). Op het item "zegt zinnen van 2 woorden" werd voor 75% van de kinderen 'ja' ingevuld. Aangezien de kinderen met ernstige handicaps *niet* uit de onderzoeksgroep zijn weggelaten, zijn deze resultaten bemoedigend.

Tabel 1. POEPS 1983: Van Wiechen-items op de gecorrigeerde leeftijd van 100-108 weken

item	n	% +	% -
stapelt 3 blokjes	506	90.5	9.5
zinnen 2 woorden	515	74.6	25.4
bal in doos	495	92.1	7.9
raapt vanuit hurkzit iets op	491	90.7	9.3
loopt goed los	517	91.3	8.7

Als belangrijke risicofactoren voor het ontstaan van een achterstand in psychomotore ontwikkeling worden in de literatuur genoemd:

- een relatief te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (SGA, small for gestational age), meestal een gevolg van intrauteriene groeivertraging;
- foetale nood, met als uiting een slechte Apgar Score;
- intracraniële haemorrhagie (ICH) (een hersenbloeding meestal beginnend in de sub-ependymale laag rond de zijventrikels, met mogelijk uitbreiding intraventriculair of naar het hersenparenchym).

Van deze drie perinatale complicaties werd daarom nagegaan of er verband bestond met één of meerdere van de Van Wiechen-items.

De genoemde risicofactoren (SGA, lage Apgar-score en ICH) bleken alle drie samen te gaan met lagere percentages positieve scores op alle items. Met behulp van een multivariate statistische techniek (logistische regressie-analyse) werd vastgesteld, dat alleen het al dan niet gehad hebben van een intracraniële bloeding significant samenhangt met alle 5 onderzochte ontwikkelingsitems. Voor de overige 2 factoren werden nauwelijks of geen significante verschillen gevonden (zie tabel 2).

Tabel 2 POPS 1983: multivariate analyse naar risicofactoren en ontwikkelingskenmerken (p-waarden) op de gecorrigeerde leeftijd van 100-108 weken

item	SGA	Apgar Score	Intracranieële bloeding
stapelt 3 blokjes	0.04	n.s.	0.04
zinnen 2 woorden	n.s.	n.s.	0.04
bal in doos	n.s.	n.s.	0.05
raapt vanuit hurkzit iets op	n.s.	0.05	0.04
loopt goed los	n.s.	n.s.	0.03

Uit het POPS is gebleken, dat de incidentie van deze categorie pasgeborenen met sterk verhoogd risico vergelijkbaar is met andere West-Europese landen (0.7%). De sterfte is relatief laag (27%) evenals het percentage ernstige handicaps (3.7%, voorlopige resultaten). De psychomotorische ontwikkeling van de groep als geheel lijkt niet ernstig af te wijken van "normale" Nederlandse kinderen, gelet op de uitkomsten van het Van Wiechenonderzoek.

Het Van Wiechenschema lijkt een aanwinst te zijn bij het uitvoeren van een omvangrijk observationeel onderzoek zoals het POPS. Voortzetting van het onderzoek van deze populatie zal moeten uitwijzen, of de kinderen waarbij op deze wijze een afwijkende ontwikkeling gesignaleerd is op de leeftijd van 2 jaar, inderdaad later tot de afwijkenden behoren. In elk geval is in de praktijk gebleken, dat een dergelijk systematisch nagaan van de psychomotorische ontwikkeling een positieve invloed kan hebben op de werkwijze van de betrokken kinderartsen.

## LITERATUUR

- VERLOOVE-VANHORICK, S.P., R.A. VERWEY, R. BRAND, J. BENNEBROEK GRAVENHORST, M.J.C. KEIRSE & J.H. RUYSS. Neonatal mortality risk in relation to gestational age and birthweight; results of a national survey of preterm and very-low- birthweight infants in the Netherlands. *Lancet*; i (1986) 55-57
- VERLOOVE-VANHORICK, S.P. & R.A. VERWEY. Project on preterm and small for gestational age infants in the Netherlands 1983. Leiden, 1987. Dubbel-proefschrift RUL.
- RIJKEN, M. De psychomotorische ontwikkeling van het zeer preterme kind. Leiden, 1987. (Afstudeerproject)

## ZINTUIGONDERZOEK OP HET CONSULTATIEBUREAU IN RELATIE TOT ONTWIKKELINGSONDERZOEK

Flora van Laar

Ontwerpers van methoden om zintuigfuncties van jonge kinderen te beoordelen, zijn zich van het begin af aan bewust geweest van het feit, dat de ontwikkelingsfase van de te onderzoeken kinderen uitgangspunt moest zijn voor het ontwerp.

Men onderscheidt voor het onderzoek van zintuigfuncties twee typen methoden, globaal gebaseerd op de mogelijkheden van kinderen.

Er zijn methoden ontwikkeld, waarbij de medewerking van het kind wel en waarbij de medewerking van het kind niet is vereist.

De eerste categorie methoden is gebaseerd op het uitvoeren van een opdracht in aansluiting aan het aanbieden van een, voor het betreffende zintuig, specifieke prikkel.

Dit impliceert dat deze methoden pas bruikbaar zijn als het kind in staat is de opdracht, hoe eenvoudig ook, te begrijpen en dat het daarna bij machte is de opdracht te vertalen in een handeling. Bij de jongste groep kinderen waarbij deze methoden zijn toe te passen betreft dit altijd een non-verbale, bij oudere kinderen soms ook een verbale handeling.

M.a.w. naarmate men op jongere leeftijd een kind wil onderzoeken zal men in toenemende mate moeten kunnen beschikken over methoden, die van het kind slechts een non-verbale reactie vragen op de gegeven opdracht.

Uit onderzoek is gebleken dat deze methoden in specialistische centra op jongere leeftijd zijn toe te passen dan in een 'veldsituatie', vooral omdat een dergelijk onderzoek bij jonge kinderen zeer tijdrovend is. Daarnaast vraagt het veel deskundigheid zowel voor de uitvoering, maar ook voor de beoordeling van de waarnemingsuitkomsten.

Maar zelfs in specialistische centra is er een leeftijdsgrens, waar beneden men deze methoden niet meer kan toepassen. Gemiddeld ligt deze grens rond de 2 jaar.

Daarom is men, al tientallen jaren geleden, begonnen met het zoeken naar methoden, waarbij de medewerking van het kind geen basisvoorwaarde is voor de toepassing.

Op dit gebied heeft het echtpaar Ewing baanbrekend werk verricht. Als leerlingen van Gesell zijn zij uitgegaan van de, door deze beschreven, ontwikkelingsfasen van kinderen.

Door zorgvuldige observatie van het gedrag van normale gezonde kinderen, bij het aanbieden van voor het betreffende zintuig, i.c. het gehoor, specifieke prikkels, hebben zij getracht vast te stellen of het gedrag van het kind tezelfder tijd of direct in aansluiting aan deze aanbieding, verandert.

Indien dit het geval bleek te zijn, zijn zij nagegaan in hoeverre binnen deze gedragsveranderingen wetmatigheden waren vast te stellen, die het aannemelijk maakten dat er een voldoende betrouwbare relatie was tussen de aangeboden prikkel en de waargenomen reactie.

Omdat hun uiteindelijke doelstelling is geweest, het ontwikkelen van een methode om ernstig slechthorende en dove kinderen tijdig te onderkennen, was het van belang om uit te zoeken aan welke voorwaarden de aangeboden geluidsstimuli moeten voldoen om het beoogde doel te kunnen garanderen.

Bij dit onderzoek bleken veel van de geluidsstimuli niet bruikbaar te zijn.

Allereerst omdat ze luid moesten zijn, om een reactie van het kind te provoceren. Bv. click-geluiden bij pasgeborenen en neonaten, die systematisch tot bv. een Moro-reflex leiden, zijn veel te luid voor het gestelde doel.

Daarnaast heeft het niet-reageren geen tot nauwelijks enige voorspellende waarde t.a.v. doofheid.

Ten tweede was al tijdens de eerste onderzoeksfase gebleken dat voor onderzoek van jonge kinderen, i.c. zuigelingen, alleen consistente reacties waren te provoceren als de stimuli geluiden uit de verzorgende sfeer representeren.

Bij het zoeken naar een opsporingsmethode, die in een veldsituatie toegepast moest kunnen worden, bleek dat de reacties van het kind op aangeboden geluidsprikkels voor de onderzoeker duidelijk waarneembaar moesten zijn, om te kunnen garanderen, dat de interpretatie van het vertoonde gedrag betrouwbaar zou zijn.

Aan deze eis bleek te kunnen worden voldaan in de leeftijdsperiode van ca. 6 tot ongeveer 13 maanden, een periode, waarin de oriëntatierflex van een gezond, normaal ontwikkelend kind, zich zover heeft ontwikkeld, dat het ermee samenhangend gedrag goed is waar te nemen.

Op grond van hun jarenlange onderzoek heeft het echtpaar Ewing tenslotte voor opsporingsdoeleinden een methode beschreven, die kan worden toegepast in het tweede levenshalfjaar van zuigelingen en die is gebaseerd op de ontwikkelingsfase van het gezonde, normale kind en het daarbij behorende gedrag op geluidsstimuli. De door Stensland-Junker ontwikkelde onderzoeksmethode, de BOEL-test, is eveneens gebaseerd op het gedrag van een gezond, zich normaal ontwikkelend kind, van ca. 8½ maand, op de aangeboden prikkels.

Bij het denken over methoden om het visuele apparaat te kunnen beoordelen, is een analoge gedachtengang gevolgd als hiervoor uiteengezet voor het auditieve apparaat.

Ook hier is de leeftijd en de daarmee samenhangende ontwikkelingsfase bepalend geweest voor de keuze van de methode, om de kwaliteit van de functie te kunnen beoordelen.

Om afwijkingen, i.c. slechtziendheid en blindheid tijdig te kunnen detecteren, zijn ook hier leeftijdsperioden aangegeven,

waarbinnen het onderzoek met de grootst mogelijke zekerheid tot betrouwbare uitkomsten kan leiden.

Gebleden is, dat dit onderzoek vanaf de zesde maand kan worden uitgevoerd.

In verband met het gehooronderzoek volgens de methode Ewing is opgemerkt, dat gezocht is naar een gedragsverandering als reactie op de aangeboden geluidsstimuli, die duidelijk waarneembaar is.

Bij het onderzoek, zoals ontwikkeld en beschreven door Loewer-Sieger en Lantau voor het visuele systeem is hier uiteraard ook naar gestreefd.

Het principiële verschil tussen beide methoden is echter, dat het gedrag dat wordt geprovoceerd door het aanbieden van geluid is gelocaliseerd in de grof-motorische sfeer, nl. het duidelijk draaien van het hoofd in de richting van de geluidsbron.

Het gedrag daarentegen, dat wordt geprovoceerd door de visuele stimuli is gelocaliseerd in de fijn-motorische sfeer, nl. in de oogstand, in het bewegen van de ogen in de richting van de stimulus en in de reflexen van de pupil.

In de praktijk blijkt dan ook, dat het beoordelen van de oogstand, met name als het om geringe afwijkingen gaat, problemen kan geven. Ditzelfde blijkt eveneens als de zg. monoculaire volgbewegingen moeten worden beoordeeld op het criterium "vloeiende beweging". Toch moeten de kenmerken "rechte oogstand" en "vloeiende beweging" expliciet worden vastgesteld om te voorkomen dat men kinderen met, soms ernstige, afwijkingen mist.

Zowel bij het gehoor- als het oogonderzoek is een tweede onderzoek ingebouwd, dat ca. 1 maand na het eerste onderzoek plaatsvindt bij kinderen, die anders hebben gereageerd dan verwacht of van wie dit gedrag niet goed was te beoordelen.

Indien ook de tweede keer het verwachte gedrag niet optreedt, of



beoordeling niet of niet goed mogelijk is, wordt overgegaan tot een uitgebreider onderzoek.

Over de aard van dit onderzoek en over degenen, die dit moeten uitvoeren zijn afspraken gemaakt met ter zake deskundige specialisten.

Samenvattend kan worden gesteld, dat het zintuigonderzoek, zoals uitgevoerd op consultatiebureaux, is gebaseerd op de ontwikkelingsfase van het kind ten tijde van het onderzoek.

Door het gedrag op de aangeboden stimuli te beoordelen is het mogelijk een uitspraak te doen in termen van "geen reden tot verdere actie" of "wel reden tot verdere actie".

Aangezien "voldoende reactie" op de aangeboden prikkels gerekend kan worden tot de obligate kenmerken, is de gehele onderzoeksprocedure gestandaardiseerd.

Zowel de stimuli, de wijze van aanbieden, als de plaats van het kind t.o.v. de onderzoeker zijn vastgelegd in protocollen.

Ditzelfde geldt ook voor de beoordelingscriteria en de te volgen strategie in aansluiting aan de beoordeling van de reacties van het kind.

Vóór het einde van het eerste levensjaar moet dan ook zijn vastgesteld of het kind al dan niet voldoende reageert op de aangeboden stimuli.

Uiteraard bij voorkeur eerder.

Tijdens de eerste proefonderzoeken, met behulp van de methode Ewing, in de periode 1963/1965 in Utrecht en Amsterdam, heeft men als doelpopulatie de zuigelingen vanaf 6 maanden gekozen. Uit de resultaten bleek echter, dat het percentage kinderen dat onvoldoende reageerde op de aangeboden geluiden in de leeftijdsgroepen van 6 en 7 maanden drie- à viermaal groter was dan het percentage kinderen in de leeftijdsgroepen 8, 9 en 10 maanden.

Ook bleek het percentage onvoldoende reagerende kinderen weer toe te nemen vanaf de leeftijd van 11 maanden.

Deze waarneming is te verklaren uit het karakter van de oriëntatierflex, die vanaf ca. 6 maanden duidelijk tot ontwikkeling komt en kennelijk zijn hoogtepunt als onbedwingbare, dus pure, reflex bereikt heeft tussen 8 en 10 maanden.

Daarna neemt het pure reflexmatige karakter af en komt de reflex onder controle van hogere cerebrale functies.

De oriëntatierflex als zodanig blijft overigens het hele leven bestaan.

Een tweede verklaring voor het hoge percentage onvoldoende reagerende kinderen moet worden gezocht in de manier, waarop het geluid wordt aangeboden, nl. in een horizontaal vlak t.o.v. de uitwendige gehoorgang, terwijl het kind rechtop zit.

Bekend is, dat jonge kinderen wel degelijk trachten de geluidsbron te zoeken.

Alleen zoeken zij, in het begin, als zij rechtop zitten of rechtop zittend worden vastgehouden, altijd met het hoofd naar beneden gericht. Zien ze de oorzaak van het geluid niet direct, dan houdt dit zoeken al snel op.

Op deze eigenschap heeft Murphy een methode voor gehooronderzoek gebaseerd, waarbij dezelfde geluidsbronnen worden gebruikt, maar het geluid ten eerste, in een vlak lager dan de gehoorgang liggend, ten tweede niet aan de achterkant van het kind en ten derde dichterbij wordt aangeboden.

In de praktijk is gebleken, dat deze methode slecht is te standaardiseren, maar met name, dat deze methode alleen in handen van zeer ervaren onderzoekers betrouwbare uitkomsten geeft.

Voor zover de methode volgens Murphy is en misschien zelfs nog wordt toegepast, is dat hoofdzakelijk binnen een diagnostische setting het geval.

Al deze bevindingen hebben ertoe geleid om het gehooronderzoek uit te voeren in de leeftijdperiode van 8 tot 10 maanden, wil men enige garantie kunnen bieden, dat de kinderen waar het om gaat, nl. de doven en slechthorenden, niet alleen zo vroeg mogelijk worden herkend, maar ook zo vroeg mogelijk de begeleiding of therapie krijgen aangeboden, die zij nodig hebben, om zich optimaal te kunnen ontwikkelen.

Het programma, om kinderen met afwijkingen of ziekten van het visuele systeem zo vroeg mogelijk te herkennen, is in een later stadium ontwikkeld.

Op grond van ervaringen met het gehooronderzoek werd in eerste instantie besloten dit onderzoek ook rond de negende maand uit te voeren. Mede omdat men van mening was, dat voor dit onderzoek ook een aparte consultatiebureauzitting nodig zou zijn en men dan de ouders voor een zintuigonderzoek van hun kind zou kunnen uitnodigen.

Tijdens de eerste proefonderzoeken in Amsterdam, maar ook bij de analyse van de gegevens bleek, dat het onderzoek ook op jongere leeftijd kon worden uitgevoerd.

Ook werd duidelijk dat voor het uitvoeren van het onderzoek geen aparte zitting nodig was.

Om te voorkomen dat bij teveel kinderen onvoldoende reacties op de aangeboden stimuli zouden worden waargenomen, die slechts berusten op een nog niet voldoende ontwikkeld oculomotorisch systeem is als ondergrens voor onderzoek van kinderen 6 maanden aangehouden.

Tijdens het zojuist afgesloten implementatieonderzoek, dat in Gelderland is uitgevoerd, is gebleken dat vanaf 7 maanden dit onderzoek goed is uit te voeren.

Samenvattend kan, op grond van alle tot dusver opgedane ervaringen, worden gesteld dat bij het zintuigonderzoek het begrip

tijdig niet van toepassing is, maar dat wel gesteld mag worden "zo vroeg als mogelijk".

Om dit verder toe te lichten het volgende. Hoewel een kind vanaf de geboorte hoort en ziet en dat veel beter dan vroeger, op grond van onderzoek, werd aangenomen, blijken beide functies opgebouwd te zijn uit een aantal subfuncties, die niet alle tegelijk tot "volle wasdom" komen en waarvan er een aantal zelfs pas na jaren geheel zijn uitgerijpt.

Hoewel in het Van Wiechenschema items zijn opgenomen, die direct of indirect een beroep doen op aanwezig gehoor- en gezichtsvermogen kan bij een positieve score hoogstens met zekerheid worden gesteld, dat het kind niet doof of blind is.

Of het echter beschikt over organen, die, indien geheel uitgerijpt, alle functies volledig en goed geïntegreerd mogelijk maken, is zelfs bij benadering niet vast te stellen.

Ook positieve uitkomsten bij de op deze organen gerichte methoden, zoals toegepast op het zuigelingenbureau, geven deze garantie niet.

Het enige wat dan mag worden gesteld is, dat ten tijde van het onderzoek het gehoor voldoende is, om spontaan tot spraak en taal te komen en dat er geen afwijkingen of ziekten aan het oog zijn vast te stellen, die de ontwikkeling van dit orgaan zouden kunnen belemmeren.

Dat is dan ook de reden, dat nadien, zo vroeg als mogelijk, met behulp van andere methoden, deze zintuigen periodiek moeten worden onderzocht op de diverse functies, om tenslotte vast te kunnen stellen, of de potenties van de organen volledig zijn ontwikkeld. Dit is bij het gehoororgaan, met de in gebruik zijnde methoden, mogelijk rond 4½ à 5 jaar. Bij het gezichtsvermogen bv., moet tot 10 à 11 jaar worden gewacht, voordat kan worden vastgesteld of het kind over een maximaal dieptezien beschikt.

Als bijzonderheid kan worden opgemerkt, dat van deze functie een S-vormige ontwikkelingscurve bestaat.

Om nog even in te gaan op de titel "zintuigonderzoek op het consultatiebureau in relatie tot ontwikkelingsonderzoek".

Allereerst behoren de waar te nemen gedragskenmerken tot de categorie te provoceren gedragingen, zoals bv. de opstapreflex.

Ten tweede behoren deze gedragskenmerken tot de categorie obligate kenmerken, zoals "glimlacht als moeder tegen hem praat" en "richt in buikligging hoofd even op van onderlaag" (kin los).

Evenals bij deze kenmerken het geval is, moeten ze worden waargenomen, wil men met enige zekerheid aan mogen nemen, dat het kind op deze gebieden, althans ten tijde van het onderzoek, voldoende is toegerust, om zich verder gezond te ontwikkelen.

Het is echter niet mogelijk om over de snelheid en kwaliteit van ontwikkeling enige voorspelling te doen.

Het enige verschil tussen de kenmerken, geformuleerd in het Van Wiechenschema en de kenmerken omschreven in de protocollen voor het zintuigonderzoek is, dat er voor de ontwikkeling van de subfuncties van de zintuigen geen "groeilijnen" zijn opgesteld met de percentiële leeftijden van de kenmerken zelf of van het obligate gedrag op geluid- of lichtstimuli.

Zoals uiteengezet zijn de gekozen methoden wel gebaseerd op het ontwikkelingsniveau van het kind binnen de leeftijdklasse, waarin het onderzoek wordt verricht.

Samengevat kan wel worden gesteld, dat zintuigonderzoek een integraal onderdeel is van het ontwikkelingsonderzoek van jonge kinderen.

## LITERATUUR

- EWING, I.R. & A.W.G. EWING. Opportunity and the deaf child. London, Univ. London Press, 1945
- EWING, I.R. & A.W.G. EWING. New opportunities for deaf children. London, Univ. London Press, 1958
- LAAR, F. VAN. Opsporen van gehoorafwijkingen bij zuigelingen en jonge kleuters. Maandschr. Kindergeneesk. 31 (1963) 373-382
- LAAR, F. VAN, m.m.v. H.E. LINDEMAN & F.L. PIENA. Het opsporen van gehoorafwijkingen bij kleuters. Maandschr. Kindergeneesk. 31 (1963) 385-399
- LAAR, F. VAN & Chr. DE LEIH. Resultaten van het gehooronderzoek te Amsterdam bij 3000 zuigelingen. Amsterdam, Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind, 1965 (intern rapport)
- LANTAU, V.K. & D.H. LOEWER-SIEGER, m.m.v. F. VAN LAAR. Vroege opsporing van visuele stoornissen bij zuigelingen; verslag van een proefonderzoek. Amsterdam, Interuniversitair Oogheelkundig Instituut, 1982 (intern rapport)
- LEIH, Chr. DE. Report on study tour in England and Denmark. Amsterdam, Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind, 1961 (intern rapport)
- LOEWER-SIEGER, D.H. Vroege opsporing van visuele stoornissen; demonstratie van methodieken. Maandschr. Kindergeneesk. 42 (1974) 99
- PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID IN DE PROVINCIE UTRECHT. Studie ten behoeve van een opsporingsdienst voor gehoorstoornissen bij kinderen in de provincie Utrecht. utrecht, 1963
- RASKER-KRILJGSMAN, M.P. Wie zorgt voor de gezondheid van de jonge kinderen? Assen, Van Gorcum, 1978. Proefschrift RUG
- STENSLAND JUNKER, K. Selective attention in infants and consecutive communicative behaviour. Acta Paediatr. Scand. (1972) Suppl. 231
- STICHTING SAMENWERKENDE PROVINCIALE UTRECHISE VERENIGINGEN VAN HET GROENE-, WIT-GELE- EN ORANJE-GROENE KRUIS. Rapport over het vervolgonderzoek naar gehoorstoornissen bij jonge kinderen in de Provincie Utrecht. Utrecht, 1965

VOOR- EN NADELEN VAN GESTANDAARDISEERD ONTWIKKELINGSONDERZOEK  
OP HET CONSULTATIEBUREAU

M. de Winter

Dierbaar kind gij zijt onkundig  
Van uw lat're lotsbestemming  
Ik, in spijt van grijze ervaring  
Weet daarvan zoveel als gij weet.

Jacob van Lennep

Inleiding

Het tij is gunstig voor gestandaardiseerd onderzoek naar de ontwikkeling van zuigelingen en kleuters. De klinische methode, gebaseerd op kennis en ervaring van de geoefende hulpverlener, lijkt op dit terrein tot het verleden te gaan behoren.

Daarvoor zijn een aantal redenen aan te geven. In de eerste plaats blijkt het geoefende oog een groot aantal vertekeningen te hebben. De ervaring als instrument om 'normale', 'bedreigde' en 'afwijkende' ontwikkeling van elkaar te scheiden is niet zo betrouwbaar als lang werd verondersteld.

In de tweede plaats lijkt gestandaardiseerd onderzoek, dus onderzoek volgens een tevoren vastgesteld, wetenschappelijk stramen, beter te passen in ons huidige, door technologie gekenmerkte tijdsgewricht. 'Lijstjes' en 'getallen' blijken het bij financiers en consumenten goed te doen. En tenslotte is er nog een maatschappelijk argument: vanaf het eind van de jaren zestig is er een groeiende onvrede geweest met het werk van de consultatiebureaus (CB's). Afwijkingen zouden te laat worden opgespoord, ouders zouden vaak ten onrechte worden gerustgesteld. De discussies over Vroegtijdige Onderkenning, V.T.O., vormen hiervan een duidelijke weerslag. De Landelijke Commissie V.T.O.

sprak zich vanaf het begin van haar bestaan uit voor de invoering van gestandaardiseerd onderzoek naar afwijkende ontwikkeling bij jonge kinderen, als aanvulling op het al bestaande klinische ontwikkelingsonderzoek zoals dat op de CB's werd toegepast (L.C.-V.T.O., 1979).

In deze voordracht zal ik de standaardisering van ontwikkelingsonderzoek vanuit een drietal perspectieven benaderen. In de eerste plaats komt het *theoretisch perspectief* aan de orde: hoe solide is ons begrip van ontwikkelingsprocessen van kinderen, waarop het ontwikkelingsonderzoek is gebaseerd? Vervolgens zal in grote lijnen een vergelijking worden getrokken tussen gestandaardiseerd en klinisch ontwikkelingsonderzoek. Daarbij gaat het om een z.g. '*instrumenteel*' perspectief: welke vorm van onderzoek doet het beste wat zij moet doen? Tenslotte zullen enkele vragen van *gezondheids-filosofische* aard aan bod komen.

#### Ontwikkelingsonderzoek vanuit theoretisch perspectief

Om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van diverse methoden van ontwikkelingsonderzoek is een analyse van de theoretische onderbouwing noodzakelijk. Immers: vanuit de moderne wetenschapstheorie weten we dat 'pure' observatie niet mogelijk is. Observaties, van welke aard dan ook, worden steeds gestuurd door de theoretische en ideologische bril van de onderzoeker. 'Feiten' blijken niet altijd even makkelijk te scheiden van 'waarden', theorieën niet van hun sociale context.

Over het begrip ontwikkeling bestaan vele opvattingen. Dit gebrek aan consensus wordt onder meer weerspiegeld door de grote verschillen in prevalentiecijfers die worden gehanteerd met betrekking tot stoornissen in de ontwikkeling. Deze kunnen variëren van 0.5% tot zelfs ruim 30%.



Het huidige ontwikkelingsonderzoek is veelal gebaseerd op de notie, zoals onder andere geformuleerd door Gesell, dat het proces waarbij kinderen zich geleidelijk tot een 'volwassen' manier van functioneren ontwikkelen verloopt volgens een zekere biologische ritmiek. Onder invloed van de rijping van het centrale zenuwstelsel en de zintuigen vindt er functie-differentiatie plaats en veranderen de gedragsmogelijkheden van het kind (Gesell & Amatruda, 1954). In dit proces zouden leeftijdsnormen aan te wijzen zijn waarop individuele kinderen kunnen worden vergeleken, met als doel hun ontwikkelingsniveau te beoordelen. Men spreekt in dit verband meestal van referentiewaarden: leeftijden, waarop een bepaald percentage van een onderzochte populatie een zeker gedrag of functie vertoont. Hoewel met betrekking tot het 'domein' dat door ontwikkelings-tests bestreken wordt in de literatuur niet altijd eenduidigheid bestaat, wordt meestal bedoeld op 'het complexe geheel van menselijke gedragingen', variërend van fysieke tot emotionele en relationele aspecten.

De hier beschreven opvatting wordt in de ontwikkelingspsychologie gerekend tot het model van de 'geordende verandering'. Ontwikkeling wordt opgevat als het zich 'ontvouwen' van een vastgelegd ontogenetisch patroon, dat onafhankelijk is van tijd en plaats. Een dergelijke optiek vond niet alleen zijn uitwerking in theorieën over lichamelijke ontwikkeling, maar ook in noties over fasegewijze affectontwikkeling. Voorbeelden hiervan zijn Freud's theorie over de psychosexuele ontwikkeling, Ericson's werk op het gebied van de identiteitsontwikkeling en Kohlberg's conceptie van morele ontwikkeling.

Op dergelijke opvattingen is de laatste jaren echter nogal wat kritiek gekomen. Onderzoek van McCall, Sameroff, Rutter, Eisenberg en anderen, toont aan dat de mate waarin een ontwikkelingsproces voorspeld kan worden zeer beperkt is. Slechts zeer ernstige lichamelijke afwijkingen of zeer ongunstige omgevingsin-

vloeden blijken enige predictieve validiteit ten aanzien van het latere ontwikkelingsverloop te bezitten (zie De Winter, 1985, 1986). Op deze manier blijkt het zeer ingewikkeld om vroege ontwikkelingsproblemen te onderscheiden in die van tijdelijke, voorbijgaande aard én problemen met een chronisch karakter die op lange termijn schadelijk blijken te zijn (Frankenburg, 1985). Sameroff beschrijft in zijn 'transactionele model' ontwikkeling als een proces van reciproke beïnvloeding van kind en omgeving. Ontwikkeling ziet hij als een discontinu proces: zowel individugebonden eigenschappen als omgevingsvariabelen veranderen onder elkaars invloed. Zogenaamde 'zelfregulerende mechanismen' zorgen ervoor dat ontwikkelingsprocessen voortdurend worden bijgestuurd, ook wanneer de uitgangscondities minder gunstig zijn. Wanneer beide groepen factoren in combinatie met elkaar worden onderzocht, zoals Sameroff voorstelt, worden complexe reciproke transacties zichtbaar, die vroegere ontwikkelingsproblemen zowel kunnen verzwakken als versterken (Sameroff, 1975). Deze opvatting wordt ondersteund door een toenemende stroom van gegevens welke erop wijst dat het simpelweg voorspellen van latere stoornissen in de ontwikkeling uit vroegere trauma's, defecten, achterstanden of ongunstige condities meestal een onmogelijkheid is. Zo goed als zeker lijkende verbanden tussen organische defecten en latere deviantie blijken vaak niet op te gaan, en omgekeerd blijkt er vaak iets fout te gaan in een ontwikkelingsproces, dat onder nagenoeg perfecte condities leek te verlopen. Uit het onderzoek naar kinderlijk temperament bijvoorbeeld blijkt de laatste jaren steeds duidelijker dat niet zozeer bepaalde kenmerken van kinderen predisponeren tot probleemgedrag, maar de mate waarin het gedragsrepertoire en de aanpassingseisen van de omgeving met elkaar congruent zijn (het 'goodness of fit'-model). Een belangrijk kenmerk als 'arythmiciteit', o.a. van belang voor het waak-slaapritme), blijkt in Amerikaanse blanke middle-class milieus vaak problemen op te leveren, ter-

wijl dit bij Puertoricanen, die weinig eisen stellen aan slaap-waaktijden, geen problemen opleverde (Korn, cit. Kalverboer, 1986). Uit dit voorbeeld moge tegelijkertijd het belang van de sociaal-culturele omgeving voor het verloop van ontwikkelingsprocessen duidelijk blijken. Ook vanuit een ander gezichtspunt moet echter aan de wetmatigheid van het ontwikkelingsverloop worden getwijfeld.

Bronfenbrenner wijst bijvoorbeeld op het gebrek aan 'ecologische validiteit' van veel ontwikkelings-onderzoek. De bestudering van ontwikkeling is volgens deze auteur te vaak de wetenschap van vreemd gedrag van kinderen in vreemde situaties in aanwezigheid van vreemde volwassenen in een zo kort mogelijk tijdsbestek (Bronfenbrenner, 1979).

Kessel e.a. tonen aan dat onze noties met betrekking tot rijping, hechting, vaardigheden, ontwikkelingsstadia en zelfs het concept ontwikkeling zelf, specifiek zijn voor onze cultuur (Kessel & Siegel, 1983). In het onderzoek naar afwijkende ontwikkeling is de laatste jaren weliswaar meer aandacht ontstaan voor de invloed van omgevingsvariabelen, maar in het algemeen worden deze gereduceerd tot invloeden van de directe omgeving van school, buurt en gezin. Elders heb ik gewezen op het belang van de sociale, historische en culturele context voor een goed begrip van het ontwikkelingsproces. Het is deze context die gedrag haar 'betekenis' verleent, en dan ook mede bepaalt welk ontwikkelingsverloop als normaal en/of afwijkend wordt gezien (De Winter, 1986).

Ontwikkeling wordt dus gekenmerkt door complexe transacties tussen individu en omgeving. Onderzoek naar het verloop van dergelijke transactionele processen blijkt verre van eenvoudig. Kalverboer somt een viertal aan dergelijk onderzoek inherente problemen op:

- tussen eerste signalen (risico-factoren) en eventuele ef-

- fecten zit vaak een groot tijdsverloop. Onderzoek dient daarom vrijwel steeds longitudinaal van aard te zijn;
- (gedrags)afwijkingen laten zich in verschillende leeftijdsfasen moeilijk overeenkomstig en consequent definiëren;
  - vroeg opgetreden beschadigingen van het zenuwstelsel zijn vaak moeilijk aantoonbaar;
  - gedrag heeft tijdens de ontwikkeling de neiging zich steeds te reorganiseren.

Concluderend kan worden gesteld dat 'ontwikkeling' een weerbarstig begrip is. Het huidige op de consultatiebureaus gangbare ontwikkelingsonderzoek is gebaseerd op een organistisch model van geordende verandering. Een dergelijk model heeft als bezwaar dat ontwikkeling als het ware binnen het individu wordt gesitueerd, waarmee de interactie (bijvoorbeeld met opvoeders) te zeer op de achtergrond blijft. Voorts wordt ontwikkeling te sterk opgevat als een a-cultureel verschijnsel. Het is echter niet zozeer een ontwikkelingskenmerk op zich, dat latere problematiek veroorzaakt, maar de betekenis die dat kenmerk (of samenstel van kenmerken) ontleent aan de sociaal-culturele omgeving. Assessment van kinderlijke ontwikkeling is niet kinderlijk eenvoudig!

#### Klinisch versus gestandaardiseerd ontwikkelingsonderzoek

Achenbach somt een groot aantal vormen van 'bias' op, die een juist oordeel van de klinicus kunnen vertekenen (Achenbach, 1985). In dit verband spreekt hij ondermeer over 'illusoire correlaties' (het leggen van verbanden tussen kenmerken die in wezen geen verband vertonen), over de onmogelijkheid om 'covariantie' vast te stellen (met name wanneer het gaat om kenmerken die gradueel verschillen of die op verschillende wijze worden vastgesteld), over de verwarring die vaak optreedt door 'repre-

sentatieve heuristiek' (het ten onrechte generaliseren), over 'selffulfilling profecies' (men ziet wat de beschikbare heuristiek toelaat), en tenslotte over 'wishful thinking' (men heeft de neiging juist die informatie te selecteren die een aanvaardbare diagnostische hypothese bevestigt).

Het is een misverstand te veronderstellen dat standaardisering op zichzelf de hiervoor genoemde vormen van klinische bias zou doen verdwijnen. Een aantal vormen van menselijke 'waarnemings- of informatieverwerkingstekorten' kan wellicht worden voorkomen, een aantal daarvan worden echter bij standaardisering slechts in scores doorvertaald. Dat geldt bijvoorbeeld voor vormen van gestandaardiseerd ontwikkelingsonderzoek, waarin ontwikkelingsdomeinen separaat worden onderzocht. Ook daar treedt vaak de door Achenbach genoemde illusoire bias en covariantie-bias op. Bij veel vormen van gestandaardiseerd ontwikkelingsonderzoek ontbreekt het aan een deugdelijke validering, of aan een deugdelijk theoretisch fundament. Dat dergelijke feilen worden omgezet in geobjectiveerde criteria neemt op zichzelf de bias niet weg. Voor de bias van de 'beschikbare heuristiek' geldt dit evenzo: het denkkader van het huidige ontwikkelingsonderzoek sluit concepten als 'interactie', 'transactie' en 'goodness of fit' uit. Standaardisering sluit problemen van klinische bias dus niet uit, ze maakt ze echter wel minder direct zichtbaar.

Tenslotte geldt een aantal argumenten in omgekeerde richting: gestandaardiseerd onderzoek heeft een eigen vorm van bias in vergelijking tot de klinische methode: het blikveld van de onderzoeker loopt de kans te worden versmald door te voren gegeven categorieën, waardoor relevante signalen, of combinaties van signalen, gemist kunnen worden. Bovendien dreigt de ervaring van het vingertop-gevoel te verdwijnen.

Nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de ontwikkelingsdiagnostiek laten zien dat men, althans voor het terrein van de preventieve zorg, in wezen niet buiten de klinische ervaring kan. Meer en meer krijgt geavanceerd ontwikkelings- en gedragsonderzoek het karakter van wat in de automatiseringsbranche 'expert-systemen' worden genoemd: ervaring van vele klinici vastgelegd in diagnostische software. Een consequentie daarvan is echter dat ontwikkelingsonderzoek zeer ingewikkeld wordt, en niet meer kan zonder automatisering. Achenbach beschrijft een systeem van geïntegreerde multi-axiale taxonomie, waarbij gestandaardiseerde informatie op een veelvoud van dimensies wordt verwerkt tot een klinische inschatting. De computer is hierbij uiteraard onmisbaar. Een zelfde ontwikkeling is zichtbaar in het wetenschappelijk onderzoek naar vroege risicofactoren voor deviant gedrag: ook dergelijk onderzoek kan niet zonder een scala aan multivariate analysetechnieken.

Goed, compleet ontwikkelingsonderzoek is dus uitermate ingewikkeld, en het is de vraag of het zich in geperfectioneerde vorm nog leent voor de functie die ontwikkelingsonderzoek op het CB moet hebben, namelijk het taxeren van normale, bedreigde of deviante ontwikkeling binnen een beperkt (tijds)budget.

Mijn pleidooi is dan ook tweeledig: in de eerste plaats dienen zodanige vormen van gestandaardiseerd onderzoek te worden ontwikkeld, dat deze de bureausituatie niet volledig voorstructuren. Daarmee zou de belangrijke doelstelling van positieve, op gezondheidsbevordering gerichte zorg, in het gedrang komen. In de tweede plaats dient grote aandacht gegeven te worden aan het perfectioneren en op peil houden van de klinische methode, bijvoorbeeld door klinici, werkzaam in de sfeer van de consultatiebureaus, steeds bij te scholen in nieuwe theoretische inzichten, zoals inzicht in het proces van ontwikkeling van kinderen in interactie met hun omgeving. Gestandaardiseerde richtlijnen en

systematisch onderzoek kunnen daarbij een goed hulpmiddel vormen, maar kunnen zeker in deze fase niet op zichzelf staan. We zijn nog lang niet zover dat gestandaardiseerd ontwikkelingsonderzoek de klinische ervaring overbodig maakt. In een sfeer waarin de verleiding van het 'objectieve' oordeel de hegemonie lijkt te hebben, wordt de ervaren klinicus, soms neerbuigend aangeduid als mevrouw-arts, prematuur geminacht en veroordeeld.

#### Enkele opmerkingen van gezondheids-filosofische aard

De discussie met betrekking tot ontwikkelingsonderzoek, binnen of buiten het consultatiebureau, wordt voornamelijk gevoerd vanuit een instrumenteel perspectief: welke methode functioneert het best, zeeft de meeste afwijkingen uit, systematiseert het best het werk van de ontwikkelingsonderzoekers. Hoe belangrijk ook, toch dienen daarnaast een aantal andere vragen aandacht te krijgen.

De moderne gezondheidszorg, gedomineerd als zij lijkt door een ongebreideld vertrouwen in technologische ontwikkelingen, heeft de relatie tussen ouders en deskundigen, maar ook die tussen ouders en kinderen drastisch veranderd. Een groot aantal problemen, die tot voor kort als onveranderlijke gegevenheden, of als lotsbestemming werden beschouwd, zijn getransformeerd tot vraagstukken waarin een bewuste, actieve keuze wordt gevraagd en kan worden gemaakt. Ouders leren steeds meer denken in de termen van deskundigen. Wie zijn oor te luisteren legt, kan ouders op het CB horen vragen, of het normaal is dat Jeroen nog geen tweewoord-zinnetjes spreekt, of dat Bianca lijdt onder haar aangeleerde hulpeloosheid. De angst voor afwijkingen lijkt zeker een belangrijke factor in het publieke enthousiasme voor het proces van technologisering van de preventieve jeugdgezondheidszorg. Dat ouders bang zijn voor afwijkingen bij hun kinderen is op

zichzelf geen nieuw verschijnsel. Nieuw in de huidige ontwikkeling is wel dat deze angst door de sterke verbreiding van de gezondheidstechnologie nieuwe vertalingsmogelijkheden krijgt. Onmacht ten aanzien van dingen die nu eenmaal horen bij het grootbrengen van kinderen, maakt geleidelijk plaats voor een gevoel van beheersbaarheid. Zoals bij elke nieuwe ontwikkeling verschijnen ook hier nieuwe dilemma's. Zo zou angst van ouders ten aanzien van een aantal existentiële problemen kunnen vervagen, maar tegelijkertijd kondigen nieuwe redenen tot angst en onzekerheid zich aan. Is de testuitslag wel goed, is mijn kind niet achter, ga ik wel goed om met het temperament van mijn kind? De vraag is of al deze nieuwe kennis ouders ook een werkelijk grotere zeggenschap over hun leven en dat van hun kinderen geeft. Ouders worden tenslotte ook steeds afhankelijker van degenen die de technologie distribueren. Het feit dat steeds meer aspecten van de kinderlijke ontwikkeling en het ouderschap tot het domein van professioneel onderzoek wordt, is enerzijds een verworvenheid, anderzijds kan het onzekerheid, angst en incompetentiegevoelens stimuleren. Er is sprake van een verwetenschappelijking van het ouderschap. Daaraan gekoppeld is de vraag hoe een dergelijke ontwikkeling het functioneren van ouders en kinderen zal beïnvloeden.

Wanneer we (het dringend noodzakelijke) evaluatieonderzoek naar gestandaardiseerd ontwikkelingsonderzoek gaan uitvoeren, zullen we zeker ook naar dergelijke nevenverschijnselen, en hun mogelijke effecten, dienen te kijken.

Tenslotte wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om, mede namens de Nationale Kruisvereniging, mijn grote erkentelijkheid uit te spreken voor het werk, dat de 'moeder' van het herziene Van Wiechenonderzoek, Betteke Schlesinger, de afgelopen jaren heeft gedaan voor de ontwikkeling van een humane preventieve jeugdgezondheidszorg.



## LITERATUUR

- ACHENBACH, Th.M. Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. Beverly Hills, Sage Publ., 1985
- BRONFENBRENNER, U. The ecology of human development. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press, 1979
- FRANKENBURG, W.K. The concept of screening revisited. In: W.K. Frankenburg, R.N. Emde & J.W. Sullivan (eds.): Early identification of children at risk. New York, Plenum Press, 1985
- GESELL, A.L. & C.S. AMATRUDA. Developmental diagnosis. New York, Halber, 1954
- KALVERBOER, A.F. Ontwikkeling in het denken over vroeg risico voor afwijkend gedrag. In: A.F. Kalverboer, B. Deelman, P. Emmelkamp & F. Luteyn (red.): Ontwikkelingen in de klinische psychologie. (in druk)
- KESSEL, F. & A.W. SIEGEL. The child and other cultural inventions. New York, Praeger, 1983
- LANDELLIJKE COMMISSIE V.T.O. Eerste rapport. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1979 (ISR 3)
- SAMEROFF, A.J. Early influences on development: Fact or fancy. Merrill-Palmer Quart. 21 (1975) 267-294
- WINTER, M. DE. Vroege determinanten van ontwikkelingsstoornissen; een pleidooi voor een relativistische benadering. In: J. de Wit, H.J. Groenendaal & J.M. van Meel (red.). Psychologen over het kind; d. 8. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1985
- WINTER, M. DE. Het voorspelbare kind; vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VIO) in wetenschappelijk en sociaal-historisch perspectief. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1986. Proefschrift KU Brabant

## SAMENWERKING ROND VROEGTIJDIGE ONDERKENNING EN BEGELEIDING VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN

S. Buschman

Samenwerking rond vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) verloopt niet vanzelfsprekend. Historisch is dit wel te verklaren. De terreinen waarop de hulpverlening zich heeft ontwikkeld kunnen worden onderscheiden naar verschil van invalshoek. Het betreft primair vragen rond gezondheid en ziekte, de overige ontwikkeling, opvoeding, leren. De stelling dat vragen of problemen op verschillende terreinen kunnen samenhangen lijkt een open deur, maar in de loop van deze inleiding zal blijken dat handelen vanuit deze stelling geen vanzelfsprekendheid is.

Samenwerking rond vroegtijdige onderkenning en begeleiding van ontwikkelingsstoornissen is echter nodig voor een goede diagnostiek, voor adequate hulpverlening aan kind en ouders, voor bruikbare consultatie tussen diverse hulpverleners.

De somatische ontwikkeling, vooral bij zeer jonge kinderen, is onlosmakelijk verbonden met de psychische en sociaal-emotionele ontwikkeling. Het jonge kind vertaalt zijn problemen vaak "in den lijve". Het is nog onvoldoende in staat op een andere wijze problemen kenbaar te maken. Het kind geeft lichamelijk tekens af die onderkend en in brede zin (het gehele kind betreffende) begrepen moeten worden.

Groeiproblemen bijvoorbeeld hebben niet alleen een lichamelijke oorzaak; er zijn ook andere redenen waarom een kind slecht groeit. Met name bij het zeer jonge kind is het van belang te beseffen dat lichamelijke klachten kunnen verwijzen naar psychosomatische of psychosociale problemen van het kind die mede kunnen ontstaan door invloed van zijn directe omgeving (het

gezin waarin het opgroeit). Ook kunnen bij kinderen somatische of psychische ziektebeelden aan te wijzen zijn die zijn uitgroei bemoeilijken en die voor het gezin belastend zijn of probleem-scheppend werken.

Bij een zeer jong kind is zelden een eenduidige oorzaak aan te wijzen voor gezondheidsproblemen. De complexe ontwikkelingsproblematiek vraagt om een multidisciplinaire benadering (diagnostiek én behandeling).

Doordat een zeer jong kind vooral lichamelijke tekens uitzendt is het meestal de huisarts, kinderarts, consultatiebureau-arts, vertrouwensarts of wijkverpleegkundige die deze tekens door-krijgt, opvangt en verstaat. De allereerste hulp wordt vaak in de sfeer van de gezondheidszorg geboden. Ook voor de preventieve functie (b.v. van het consultatiebureau) is het van groot belang dat de complexiteit van ontwikkeling(sproblemen) onderkend wordt en dat samenwerking met andere disciplines (naast deskundigheidsbevordering binnen het eigen vak) vanzelfsprekend is.

Gemis aan kennis van de mogelijkheden van andere hulpverleners en hulpverleningsinstellingen belemmert de vanzelfsprekendheid tot samenwerking. Ook cultuurverschillen en daarmee samenhan-gende stereotiepe beelden ("die welzijnswerkers zeggen ....." "De gezondheidszorg vindt ....."") werken niet mee aan de bereid-heid tot samenwerking, ondanks het feit dat velen wel onderken-nen dat een multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk is. Jammer, voor kind en ouders en voor de hulpverleners zelf. Want het gevolg van een onsamenhangende benadering is bekend. Ouders worden met hun kind van het kastje naar de muur gestuurd; hulp-verleners staan met hun handen in het haar; voor het kind gaat veel kostbare tijd verloren.

Voor ik inga op de mogelijkheden tot samenwerking rond vroeg-tijdige onderkenning en begeleiding van ontwikkelingsstoornissen in de vorm van een VTO-samenwerkingsverband wil ik kort ingaan

op de noodzaak tot samenwerking op het gebied van voorlichting en preventie. Deze beide taken zijn bij uitstek ook taken van de consultatiebureaus.

De taak waarop gedoeld wordt zou men ook kunnen omschrijven als "onderkenning van risicovolle situaties" en daarmee is tevens het verband naar dreigende ontwikkelingsstoornissen bedoeld. Het krijgen en hebben van kinderen brengt veel veranderingen in het leven van een ouder teweeg. Veranderingen waar ouders niet altijd op voorbereid zijn. Dat kan leuke, maar ook minder leuke gevolgen hebben.

Verzorging en opvoeding kunnen je voor onverwachte problemen stellen. Informatie over verzorging en opvoeding is belangrijk. Kennis over ontwikkelingsfasen van kinderen bereidt beter voor op hoe te handelen; het kan een aantal problemen in opvoedings-situaties voorkomen.

Voor de consultatiebureaus ligt hier, in samenwerking met andere deskundigen, een belangrijke taak. Denk aan de al bestaande oudergroepen. Herkenning, het delen van ervaringen, het opdoen van kennis kunnen ouders uit een isolement halen of houden; een isolement, waar je in terecht kunt raken als de opvoedings-situatie (structureel) uit de hand loopt.

Een extreem gevolg van het uit de hand lopen van een opvoedings-situatie is kindermishandeling. De beste "bestrijding" van kindermishandeling is op dit moment nog het vroegtijdig herkennen van kindermishandelingsrisico's, waardoor snel hulp (in feite preventie) geboden kan worden. Om kindermishandeling te kunnen herkennen moeten we meer weten over achtergronden en oorzaken en attent zijn op signalen die ouders en kinderen uitzenden. Samenwerking tussen disciplines kunnen we hier op verschillende manieren uitwerken. Enerzijds gaat het om samenwerking op het gebied van scholing van consultatiebureau-medewerkers. Anderzijds om samenwerking rond het gezin waar kindermishandeling voorkomt.

De gevolgen van kindermishandeling zijn groot. Zowel in de lichamelijke ontwikkeling als in psychische, sociale en emotionele ontwikkeling van kinderen. Snel en adequaat interveniëren is voorwaarde om erger te voorkomen. Er is veel informatie beschikbaar en veel kennis en ervaring voorhanden bij mensen die dit graag over willen dragen aan anderen.

Terug nu naar de onderkenning en begeleiding van ontwikkelingsstoornissen. Het gaat hier vooral om situaties waarin ouders aangeven bezorgd te zijn over de ontwikkeling van hun kind, al kan het ook voorkomen dat hulpverleners deze bezorgdheid uitspreken.

In de brochure "VTO moet" van de Landelijke Commissie VTO staat: ".....Als ouders vermoeden dat er iets mis is met hun kind, mogen wij ze met hun zorgen en angsten niet in de kou laten staan. Ze hebben er recht op een advies te krijgen en - zo nodig - een verwijzing naar behandeling en begeleiding ....." Het mag niet (meer) zo zijn, dat zij een eindeloze weg moeten afleggen voor zij zekerheid hebben over wat hun kind nu precies mankeert. Ze mogen niet langer van het kastje naar de muur gestuurd worden.

V.T.O. wordt door de Landelijke Commissie VTO beschreven als het hele proces vanaf de zo tijdig mogelijke opsporing en signalering van ontwikkelingsstoornissen tot aan het moment dat de verdere opvang is veilig gesteld. Gedurende dit proces dient vanaf het begin in begeleiding te worden voorzien.

In dit proces worden 7 fasen onderscheiden:

- |                |  |
|----------------|--|
| 1. signalering | -opmerken van (eerste) tekenen of signalen         |
| 2. opsporing   | -systematische signalering in een gehele populatie |
| 3. onderkennen | -globaal als juist konstateren                     |

- van het gesignaleerde (c.q. opgespoorde)
- 4. diagnostiseren -vaststellen van afwijkingen
  - 5. behandeling -c.q. revalidatie
  - 6. begeleiding -onderhouden van een relatie rond de probleemsituatie ter ondersteuning en het volgen van het verdere verloop
  - 7. koördinatie, communicatie, registratie en samenwerking.

In de provincie Utrecht wordt thans op verzoek van het provinciebestuur hard gewerkt aan een voorstel over de vorm en vorming van een VTO-samenwerkingsverband, waarin de bestaande deskundigheid gebundeld wordt. Deze samenwerking tussen bestaande instellingen moet ertoe leiden dat ouders met vragen over de ontwikkeling van hun kind op één adres terecht kunnen. Ook is dit adres bedoeld voor hulpverleners. Met de samenwerking wordt beoogd de kennis en ervaring van hulpverleners, die zich bezig houden met jonge kinderen, en ouders bij elkaar te brengen.

Het gaat met nadruk om de bundeling van *bestaande* deskundigheid. 't Is niet de bedoeling een nieuwe, laagdrempelige voorziening speciaal voor VTO op te zetten.

Wel is het de bedoeling dat samenwerking het *effect* heeft van een laagdrempelige voorziening en dat betekent dat het VTO-samenwerkingsverband makkelijk bereikbaar moet zijn. Niet alleen in geografische zin, maar ook in de zin dat geen verwijzing nodig is. Dat er een duidelijke plaats is waar je naar toe kunt bellen met vragen. Dat het een 'veilige' plaats moet zijn waar vragen per definitie serieus genomen worden.

Met samenwerking wordt beoogd met elkaar te proberen een antwoord te geven op de zich aandienende vragen. Het gaat om antwoorden die betrekking hebben op de aard, ernst en oorzaak van een stoornis en de mogelijkheid hieraan iets te doen of onder-

steuning te bieden. Samenwerking heeft het voordeel dat een vraag vanuit meerdere invalshoeken benaderd wordt; dat individuele hulpverleners gemakkelijker een beroep kunnen (en zullen) doen op hulpverleners uit een andere discipline. Bovendien is een doel van het oprichten van een samenwerkingsverband dat continuïteit in de zorg gewaarborgd kan worden.

VTO wil uiteindelijk bereiken dat ouders en hulpverleners beter leren hoe zij stoornissen kunnen signaleren en wat zijzelf of wat anderen hieraan kunnen doen.

Met andere woorden: het aanleren van een *VTO-attitude*.

In het bovenstaande heb ik u het belang van samenwerking rond vroegtijdige onderkenning en begeleiding van ontwikkelingsstoornissen geschetst en tevens een weg aangegeven waarlangs deze samenwerking gestalte kan krijgen.

Tevens heb ik geprobeerd duidelijk te maken waarom samenwerking niet alleen van belang is in situaties "waar iets aan de hand is .....

Voor het volgen en beoordelen van ontwikkelingsstoornissen is méér informatie nodig dan die welke verkregen wordt door middel van "meten en wegen".

Voorwaarden voor het onderkennen van stoornissen in de ontwikkeling en het voorkómen van (het verergeren van effecten van) stoornissen zijn kennis van signalen, bereidheid tot het hantieren van meerdere invalshoeken, bereidheid tot samenwerking.

Aan een volgende studiedag, waarin deze aspecten verder uitgewerkt worden, verleen ik dan ook graag weer mijn medewerking.

## LITERATUUR

- ALKEMA, F. & R. ROOZENBURG (red.). Wijkverpleegkundigen en V.T.O.. Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1985
- ALKEMA, F. & R. ROOZENBURG (red.). C.B.-artsen en V.T.O.. Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1986
- EVERIS-GODDARD, J.E. Kindermishandeling, voorbeelden; 3e gew. dr. 's-Gravenhage, VKM, 1985
- GOMIS, A. Kindermishandeling, een oriëntatie; VKM-reeks, 3e dr. 's-Gravenhage, VKM, 1984
- LANDELLIJKE COMMISSIE VTO. "VTO moet". Rijswijk, 1985 (brochure)
- LANDELLIJKE COMMISSIE VTO. Eindrapport. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981
- PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies aan Gedeputeerde Staten inzake functie en organisatie VTO/VTH. Utrecht, 1984
- PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING. Advies aan Gedeputeerde Staten betreffende VTO/VTH. Utrecht, 1986
- PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING. Advies aan Gedeputeerde Staten betreffende beleidsuitgangspunten jeugdhulpverlening. Utrecht, 1986
- PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING. Advies aan Gedeputeerde Staten betreffende preventieve jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen. Utrecht, 1986
- VERENIGING TEGEN KINDERMISHANDELING. 's-Gravenhage, VKM, 1986
- WERKGROEP VTO-VTH regio Utrecht, voorlopige Discussienota VTO moet! Utrecht, 1986



ONTWIKKELINGSONDERZOEK OP HET CB;  
THEORIE EN PRAKTIJK IN VLAANDEREN

J. Knops

Enkele kenmerken van de consultatiebureaus in Vlaanderen

- Over het ganse grondgebied verspreid, zowel in rurale, semi-rurale als stedelijke gebieden.  
Totaal aantal bureaus: ± 1200.
- Bereiken theoretisch de ganse bevolking.
- Zijn "autonome" entiteiten, die onder bepaalde voorwaarden erkend worden door de instelling Kind & Gezin (voorheen N.W.K.).
- Worden bestafd door sociaal verpleegkundigen (werknemers bij Kind & Gezin) - aantal: ± 700 - en artsen, medewerkers per prestatie betaald (verschillend van huisarts of kinderarts) en tot nu toe aangeworven met een mandaat van 5 jaar (hernieuwbaar).
- De consultatiebureau-arts volgt lichamelijke en psychomotorische ontwikkeling van het kind, voert tests en vaccinaties uit, en geeft raad inzake dieet en opvoeding van het kind.  
Deskundigheid van de arts:
  - ofwel - huisarts
    - huisarts en bijkomend diploma jeugdgezondheidszorg
    - kinderarts (meerderheid).
- Naast de taak op het consultatiebureau, verzekert de sociaal verpleegkundige ook nog de huisbezoeken bij de families van de jonge kinderen.

## Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau

### A. In theorie

- Niet alleen mogelijk, maar zelfs noodzakelijk (cfr. vroegere uitspraken Hoog Medisch Comité/N.W.K. en uitbouw Raadpleging op afspraak).
- In dossier: bepaalde items ingebouwd.
- Beschreven in takenpakket van de arts verbonden aan de Raadpleging van het Jonge kind.
- Aandacht voor het probleem in het tijdschrift "Het Kind".
- Topic bij studiedagen voor artsen en verpleegkundigen.
- Opzetten van wetenschappelijk onderzoek, naar bepaalde deelaspecten (gehoor, visus).

### B. In praktijk

- Zeer verschillende situaties, gaande over
  - . geen aandacht
  - . ± aandacht, nu en dan
  - . wel aandacht.

Afhankelijk van de 'inzet' van de beroepsmensen verbonden aan de Raadpleging van het Jonge Kind.

- Geen wetenschappelijke verwerking of evaluatie van bepaalde bevindingen.
- Onvoldoende 'follow-up'.
- Ongecoördineerde uitbouw van bepaalde onderzoeken.

## Een greep uit de huidige 'knelpunten' om de praktijk met de theorie te verzoenen

### A. Van "wetenschappelijke" aard

- Inroepen van mogelijk tijdsgebrek, gebrek aan mensen en

middelen, of "onenigheid" tussen de "experten" bij keuzebepaling van items voor ontwikkelingsonderzoek.

- Te weinig opleiding (zowel theoretisch als praktisch) tijdens de medische en paramedische studies met betrekking tot ontwikkelingsonderzoek, met als gevolg: tekort aan kennis en inzicht in de problematiek.
- 'Wildgroei' met betrekking tot het onderwerp, dat ook tot het terrein van psychologen, assistenten in de psychologie, pedagogen, logopedisten, kinesiotherapeuten, agogen, enz... gerekend wordt met als gevolg: 'elck wat wils', vooral wat de therapie betreft.

**B. Van 'menselijke' (?) aard (zelfs wanneer de kennis met betrekking tot het onderwerp voldoende is)**

- Betalingsmodaliteiten onvoldoende geacht voor de gevraagde prestatie(s).
- Desinteresse voor de Raadpleging van het Jonge Kind, (= consultatiebureau), negatieve houding ten overstaan van collectieve gezondheidsvoorzieningen, gepaard met soort 'despotisme' ten overstaan van andere collegae, aan wie men deze activiteiten zeker niet gunt.
- Zeer positieve eigenbelangenverdedigingsattitude gepaard aan een negatieve attitude met betrekking tot preventieve jeugdgezondheidszorg.
- Het niet beseffen dat kennis verschillend is van juist inzicht, vaardigheid en attitude.
- Overmand zijn door curatief werk, en chronisch tijdsgebrek.

**C. Van 'beleidsmatige' aard**

1. *Op niveau van de instelling zelf*

- Aangepaste reglementering met betrekking tot kwaliteit van het werk ontbreekt.

- Procedure om van de medewerking van een slechtwerkende arts af te zien tijdens het mandaat van 5 jaar is omslachtig, en onvoldoende beschermd.
- Desinteresse van een aantal 'key-persons' voor het onderwerp.
- Onvoldoende uitbouw van mogelijkheden voor studiedienst, zodat mogelijke gegevensverwerking in het verleden onvoldoende aan bod kon komen, en feed-back ontbreekt.
- De gebruikte dossiers zijn niet aangepast voor statistische verwerking.
- De medisch adviseurs zijn niet full-time aangeworven en kunnen onmogelijk alle opdrachten in het raam van Kind & Gezin vervullen.
- Artsen, werkzaam in de consultatiebureaus, hebben geen enkele verplichting tot bijscholing bij het aanvaarden van het mandaat.

2. *Op hoger beleidsniveau*

- Tekort aan politieke moed om bepaalde 'onsympathieke' beslissingen te nemen. (Bv. met betrekking tot deskundigheid en aanstelling van consultatiebureau-artsen).
- Preventieve collectieve gezondheidszorg krijgt onvoldoende middelen en mogelijkheden.
- Liberale organisatie van de geneeskunde in Vlaanderen staat ontwikkeling van dit soort onderzoek in de weg.

Enkele mogelijke verbeteringen haalbaar op korte en middellange termijn

- Specifieke deskundigheid vereisen bij aanstelling tot consultatiebureau-arts.

- Verplichting tot regelmatige bijscholing voor consultatiebureau-artsen en verpleegkundigen wil men in de sector Kind & Gezin tewerkgesteld worden.
- Eén bepaald onderzoekschema voor gebruik in consultatiebureaus goedkeuren en laten toepassen, met inbouw van follow-up en evaluatie. Uitbouw van studiedienst voorzien.
- Goede samenwerkingsmodaliteiten tussen preventieve en curatieve sector uitbouwen, zodat screeningsonderzoek positief wordt beoordeeld door de behandelende arts.
- Sensibiliseren van bepaalde 'key-persons' voor het ontwikkelingsonderzoek.
- Betalingsmodaliteiten van artsen en verpleegkundigen, werkzaam in de preventieve sector, herzien.
- Full-time medisch adviseurs werkzaam bij Kind & Gezin voorzien.
- In medische en paramedische opleiding meer aandacht voor het ontwikkelingsonderzoek van kinderen voorzien: verplicht vak in het curriculum.

## HOE VERDER?

J.C. van Wieringen

Het kan u opgevallen zijn dat achter de titels van de vorige voordrachten niet, en achter de titel van deze laatste voordracht wel een vraagteken staat. Was ik futuroloog, een beoefenaar van het op de toekomst gerichte denken, dan was het vraagteken weggelaten of was er mogelijk een bescheiden uitroepteken voor in de plaats gekomen. Dit om aan te geven dat logischerwijze zou zijn te omschrijven 'hoe het worden zal'. Ware ik politicus, met twee uitroeptekens zou ik aanduiden 'hoe ik het zou laten worden'. Maar middenin de jeugdgezondheidszorg verkerend, kan ik hoogstens enige inbreng trachten te hebben in 'hoe het zou moeten worden'. Daarbij kan ik gelukkig steunen op de waardevolle bijdragen van de sprekers van dit symposium.

Een tweede methode om in te gaan op de vraag 'hoe verder' ligt op dit symposium voor de hand: werp een blik terug op de ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg, tracht een 'ontogenetische wetmatigheid' in de ontwikkeling bloot te leggen en extrapoleer naar de toekomst. Echter, zoals ons heden weer onder ogen is gebracht dat in de ontwikkeling van het kind sociale, historische en culturele invloeden niet alleen medebepalend zijn voor het proces zelf, maar zelfs onze beoordeling van het ontwikkelingsverloop beïnvloeden, zo zijn in de ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg overeenkomstige externe factoren van belang geweest, en zullen zij dat blijven. Zoals al is opgemerkt, aan een predictie waag ik mij niet, doch ik meen extrapolierend naar de naaste toekomst wel op een aantal risicofactoren te mogen wijzen en voorwaarden voor de verdere ontwikkeling te mogen noemen.

Deze ochtend hebben wij vernomen dat de oprichting in 1901 van het eerste consultatiebureau annex melkkeuken in Den Haag ge-

woonlijk als begin van de zuigelingen­zorg wordt gezien. Maar zoals Scheltema, de eerste hoogleraar in de kindergeneeskunde, in een jubileum­rede in 1917 opmerkte, wordt elk begin voorafge­gaan door een ander begin. Twintig jaar eerder had Aletta Jacobs boven een kroeg in Amsterdam een raadplegingsdienst voor zuige­lingen geopend in combinatie met een avondcursus over de alge­mene hygiëne en verzorging van zuigelingen. En terwijl in de vorige eeuw geleidelijk de enorme kindersterfte en haar oorzaken in de professionele belangstelling kwamen door het werk van epidemiologisch geïnteresseerde artsen in binnen- en buitenland, schreef in 1845 de Amsterdamse huisarts G. Allebé een boek met als titel 'De ontwikkeling van het jonge kind naar lichaam en geest'. Anderhalve eeuw vóór de modieuze term 'holistische ge­neeskunde' zijn intrede deed, was het kind al als een psychoso­matische eenheid onderkend die in nauwe relatie tot zijn mate­riële en immateriële milieu leefde, groeide, zich ontwikkelde - en stierf.

Wie zich verdiept in de achteraf gezien trage ontwikkeling van de kindergeneeskunde en de jeugdgezondheidszorg in Nederland, of het nu gaat om de zorg voor zuigelingen en kleuters of die voor schoolkinderen en adolescenten, kan een gevoel van schaamte niet onderdrukken. De gedachten over hygiëne in de school bestonden al bijna een eeuw vóór er daadwerkelijk in bouwbesluiten eisen werden gesteld. Lange jaren waren de veelgeprezen kindervetten van Van Houten niet meer dan een wassen neus. Ziekenhuizen voor kinderen werden laat gesticht: tussen 1863 en 1891 zijn er zeven tot stand gebracht. Op een enkele na zijn deze intussen opge­doekt.

Het aantal zuigelingenbureaus was in 1926 nog zeer gering, ge­middeld één op 17.000 zuigelingen, en kleuterbureaus moesten toen nog beginnen. Het heeft tot lang na de tweede wereldoorlog geduurd vóór de zuigelingen-, kleuter- en schoolgezondheidszorg hun huidige omvang hadden bereikt. De financiering van de con-

sultatiebureaus was tot voor enige jaren een regelrechte chaos, die voor de schoolgezondheidszorg is ook nu nog geen haar beter. Vanaf het begin zijn artsen die hun aandacht voornamelijk op kinderen richtten niet voor vol aangezien. De onderwaardering voor kinderartsen en diverse categorieën artsen in de jeugdgezondheidszorg heeft zich tot de huidige dag gemanifesteerd, bijvoorbeeld in hun honorering, die lager is dan van collegae met een overeenkomstige functie, en in het gerommel met de aantallen leerlingen die schoolartsen geacht worden onder toezicht te kunnen hebben.

Ik wil zeker diverse besturen van provincies en gemeenten, besturen van de (vroegere) verenigingen tot bescherming van zuigelingen en die van de kruisverenigingen niet te kort doen, integendeel. Gedenkboeken van de Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne en van de kruisverenigingen maken duidelijk met hoeveel inzet van bestuurszijde de ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg is bevorderd. Van een doordacht beleid van de *rijks*-overheid is op dit gebied echter geen sprake geweest; deze heeft zich meer bepaald tot lijdzaam toelaten dan tot actief bevorderen. Moge de uitdrukking mishandeling hiervoor niet op zijn plaats zijn, verwaarlozing lijkt mij niet te sterk uitgedrukt. Waarom dit alles nu op deze dag opgehaald? Na de tweede wereldoorlog heeft de preventieve jeugdgezondheidszorg zich toch een eigen status veroverd, is er een doordachte hoofddoelstelling in een heldere doelstellingenstructuur uitgewerkt, zijn opleidingen voor jeugdartsen en applicatiecursussen voor CB-artsen tot bloei gekomen, is er ondanks de tweedeling in particuliere en overheidsorganisaties een systeem van longitudinale observatie ontwikkeld, vindt er wetenschappelijk onderzoek plaats, staat de ontwikkeling niet stil - daarvan getuigt dit symposium - en is er een krachtige landelijke bundeling in de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg! Vrij geciteerd naar De Winter kan men vaststellen dat ook in de ontwikkeling van de jeugdge-



zondheidszorg 'zelf-regulerende mechanismen blijkbaar minder gunstige (uitgangs)condities in redelijke mate hebben kunnen compenseren'. Wij hebben nu, na meer dan een eeuw, een jeugdgezondheidszorg waar men in het buitenland met waardering, soms ook met enige jalouzie, kennis van neemt.

Een vergelijking of beeldspraak gaat aan kracht verliezen als hij te lang wordt volgehouden, maar toch wil ik hier Scheltema nog eens aanhalen, die zich als volgt uitte: 'In den strijd om het bestaan wordt zelfs niet altijd het teëre kinderleven ontzien en niet onder alle omstandigheden kan een kind op de natuurlijke aandrift van de menschen tot beschutting van zijn leven en welvaren rekenen'. Dit citaat is bedoeld als toonzetting voor enig commentaar op het recente rapport "Bereidheid tot verandering" van de commissie Dekker. Hierin wordt gesteld dat preventief handelen geen spontane vraag kent (pag. 28), tot het basispakket van de gezondheidszorg behoort (pag. 11 en 52) en dat verschuiving moet plaatsvinden van behandeling naar preventie (pag. 39). Dit klinkt veelbelovend voor de toekomstige ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg. Maar dan volgt het demasqué op pag. 54, waar de commissie verkondigt dat de kleuterzorg niet tot het basispakket behoort en desgewenst in een aanvullende verzekering kan worden ondergebracht. Bovendien zwijgt het rapport Dekker over de preventieve zorg voor zuigelingen, schoolkinderen en adolescenten. Of dit inhoudt dat daaraan niet zal worden getornd, of dat het een teken is van onkunde, van verwaarlozing of zelfs van bewuste ontkenning van het bestaansrecht van deze onderdelen van de gezondheidszorg moet ik in het midden laten. Ons alsnog vastklampen aan de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg kan niet meer omdat 1. deze wet geen ingang zal vinden, en 2. zelfs bij handhaving van de passage uit artikel 59 'Collectieve zorg voor de gezondheid van jeugdigen en andere risicogroepen' een bezuinigend beleid alle kanten op kan.

### Hoe nu verder met de jeugdgezondheidszorg?

Hoewel met nadruk gesteld moet worden dat jeugdgezondheidszorg meer omvat dan onderzoek en begeleiding van de kinderlijke ontwikkeling, is jeugdgezondheidszorg niet denkbaar zonder ontwikkelingsonderzoek en is ontwikkelingsonderzoek niet los van de jeugdgezondheidszorg te maken. Niet om het ontwikkelingsonderzoek te redden moet de jeugdgezondheidszorg worden gehandhaafd en ook behoeft niet het belang van dit onderzoek als bewijs te dienen dat er jeugdgezondheidszorg moet zijn. Jeugdgezondheidszorg moet behouden blijven en de gelegenheid krijgen zich verder te ontplooiën om het totaal van deze zorg zelf, dat wil zeggen om het in zo goed mogelijke gezondheidstoestand houden of brengen van alle jeugdigen. Belanghebbenden zijn in de eerste plaats de kinderen en hun ouders, doch ook de maatschappij in haar streven ongelijkheid in gezondheid zoveel mogelijk op te heffen. Kort geleden heeft Nederland deze doelstelling van de Wereld Gezondheids Organisatie, die is neergelegd in de publikatie "Health for all by the year 2000", onderschreven.

Kinderen hebben geen politieke macht, ouders heel weinig. Nog steeds is het een raadsel in hoeverre politici waarde hechten aan het feit dat 95% van de bevolking op strikt vrijwillige basis gebruik maakt van de instellingen voor jeugdgezondheidszorg.

Zijn de medewerkers van de consultatiebureaus belanghebbend? Als men kwaad wil zal men dit zonder meer bevestigen. Maar zonder te willen bagatelliseren dat velen hiermee hun brood verdienen, zie ik hen in dezen uitsluitend als advocaat voor de jeugd. In nauwe samenwerking met de besturen van het kruiswerk moet met kracht en eenduidig de rijksoverheid en de politieke partijen het belang van de preventieve jeugdgezondheidszorg voor de volksgezondheid onder ogen worden gebracht.

### Hoe verder met het ontwikkelingsonderzoek?

Als het lukt de consultatiebureaus in stand en voor *alle* zuigelingen en kleuters bereikbaar te houden, dan blijft aan de orde de vraag 'hoe verder met het ontwikkelingsonderzoek?'.  
Zonder te willen inbreken in de structuur van de kruisverenigingen zou ik de vraag willen stellen of de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk de haar toekomstige eigen plaats heeft, of er geen fractionering dreigt door een indeling in diverse vakken met tussenschotten (ik denk aan de afstand die er is gekomen tussen de kraamzorg en de zuigelingenzorg) en of de jeugdarts als hoogst gekwalificeerde in de jeugdgezondheidszorg tot in de hoogste regionen van de organisatie kan meedenken over beleid en uitvoering van het beleid? Kwaliteitseisen en kwaliteitsbewaking dienen sterk professioneel bepaald te zijn. De moeilijkheden en valkuilen van evaluatie-onderzoek zijn al aangegeven door vorige sprekers. Komt evaluatie-onderzoek van de grond dan kan de vertaling van de resultaten niet uit handen worden gegeven aan beleidsmedewerkers die het vak niet kennen. Dit geldt evenzeer voor de resultaten van het als wenselijk genoemde onderzoek naar de omvang van het gebruik van het Van Wiechenschema.

Mij is uit het hart gegrepen het pleidooi voor evenwicht tussen klinisch en gestandaardiseerd onderzoek. Duidelijk is dat ook het onderzoek van de ontwikkeling van het kind zich niet verdraagt met de gedachte aan een eenvoudig screeningsprogramma, maar een longitudinale sociaal-medische begeleiding vereist. In dit verband moge worden opgemerkt dat de schoolgezondheidszorg niet 'VTO-voorbij' is. Niet zelden blijkt pas in de schoolsituatie dat extra zorg nodig is.

In de scholing en bijscholing van artsen en verpleegkundigen moet er rekening mee worden gehouden dat, hoe ver standaardisering ook is in te voeren, de onderzoeker zich zelf altijd als instrument zal moeten inzetten, zowel bij de anamnese en het

In de scholing en bijscholing van artsen en verpleegkundigen moet er rekening mee worden gehouden dat, hoe ver standaardisering ook is in te voeren, de onderzoeker zich zelf altijd als instrument zal moeten inzetten, zowel bij de anamnese en het

lichamelijk onderzoek als in de voorlichtende en advies-situatie die daar op volgt. Dat de interpretatie van de onderzoeker wordt beïnvloed door de sociale, culturele en historische context, zowel van hemzelf als van het gezin van het kind, is de jeugdgezondheidszorg niet vreemd en ligt zelfs in de hoofddoelstelling opgesloten.

Uit de voordrachten volgt zonneklaar dat als de term risicogroepen valt, als regel vergezeld van de smaakmakers goedkoper, efficiënter en beter, het antwoord van de jeugdarts moet zijn: neen! Alleen door elk kind periodiek te onderzoeken en daarbij rekening te houden met de diverse, sterk uiteenlopende milieu-invloeden zijn kinderen at risk te onderkennen. Juist dan kan door zorgvuldige begeleiding van de ontwikkeling worden vermeden dat een kind ten onrechte het medisch kanaal wordt ingestuurd. In dien zin kan het consultatiebureau medicalisering tegengaan. De jeugdgezondheidszorg is er niet uitsluitend voor het signaleren van onvolkomenheden. Om ouders of verzorgers te steunen in hun verantwoordelijkheid voor de gezondheid van hun kinderen, behoort eveneens tot de opdracht het verschaffen van gezondheidsvoorlichting, advisering en lichte hulpverlening, al of niet in samenwerking met anderen. Wil de samenwerking met anderen tot zijn recht komen dan zal de CB-arts, gelijk de schoolarts, daar beter toe in staat zijn als hij zich verantwoordelijk kan weten voor een rayon, voor een min of meer omschreven doel-populatie. Uit het feit dat de schoolarts in een middelgrote stad ad hoc of geregeld contacten onderhoudt met een twintigtal verschillende instellingen, volgt dat VTO niet de enige vorm van interdisciplinaire samenwerking is die uit zijn werk voortvloeit. Het streven naar CB-artsen met een ruim dienstverband en werkzaam in een eigen wijk of district dient daarom voortgezet te worden.

Graag spreek ik hier tenslotte het vertrouwen uit dat als de dreigende tegenstroom uit de wereld van de groten kan worden

omgeleid, de vitaliteit van de instellingen voor jeugdgezondheidszorg voldoende zal blijken te zijn om uit eigen kracht de positieve ontwikkeling van methoden en criteria, inclusief die betreffende het ontwikkelingsonderzoek, voort te zetten. Moge het zo verder gaan.

#### LITERATUUR

COMMISSIE (DEKKER) STRUCTUUR EN FINANCIERING GEZONDHEIDSZORG. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage, Distributiecentrum overheidspubl., 1987



Afb. 9. Betteke Schlesinger-Was (foto: P.M. de Bloq van Scheltinga)

## PERSONALIA

Betteke Schlesinger-Was

### Curriculum Vitae

Dr. E.A. Schlesinger-Was werd geboren te Dordrecht op 28 mei 1922.

In 1940 werd het eindexamen Gymnasium B behaald aan het Christelijk Lyceum te Zeist. De in datzelfde jaar aangevangen medische studie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht werd, onderbroken door de oorlogsjaren, op 4 mei 1951 besloten met het artsexamen. Van 1951 tot 1961 was zij te Utrecht werkzaam als consultatiebureau-arts voor zuigelingen. Tijdens een verblijf in de Verenigde Staten gedurende het daaropvolgende jaar werd gebruik gemaakt van de gelegenheid om mee te werken aan een aantal Child Health Centers. In 1962/63 werd de opleiding gevolgd tot sociaal geneeskundige, tak jeugdgezondheidszorg, aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO) te Leiden.

Inschrijving in het Register van Sociaal Geneeskundigen vond plaats op 17 december 1965. Sindsdien werden naast zuigelingen- ook kleuterbureaus geleid.

Vanaf 1968 is zij als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het NIPG/TNO te Leiden. Na evaluatie-onderzoek naar het gebruik van de sociaal-medische registratiekaart voor consultatiebureaus, het 'drieluik', en van de schoolartsenkaart, was haar voornaamste onderzoeksproject 'Ontwikkelingsonderzoek van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau'. Dit resulteerde in haar dissertatie onder deze naam (RU Leiden, 1981).

Haar onderzoeksprojecten in de laatste jaren betroffen: de vroege opsporing van gehoorstoornissen, de deelname aan de pre-

ventieve gezondheidszorg door kinderen van migranten, peilstations in de jeugdgezondheidszorg en een referentieonderzoek bij 0-2-jarigen.

De jaarlijkse NIPG-cursus voor CB-artsen coördineert zij vanaf 1980 tezamen met dr. Vaandrager.

Vanaf 1981 tot heden is zij lid van de werkgroep Van Wiechen, die sinds 1986 overging in de Van Wiechencommissie van de Nationale Kruisvereniging.

Sinds 1982 is zij lid van de Redactieraad van het Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg.



PERSONALIA OVERIGE AUTEURS EN DISCUSSIELEIDERS

Drs. S. Buschman,  
Directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en  
Maatschappelijke Dienstverlening in de provincie Utrecht

Dr. A. Dijkstra,  
Onderdirecteur Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezond-  
heidszorg (TNO) Leiden

Mw. Dr. C.Ch. ter Haar Romeny-Wachter, jeugdarts  
Docent Jeugdgezondheidszorg en Preventie, Vakgroep Gezondheids-  
leer L.U. Wageningen

Prof.Dr. G.A. de Jonge, kinderarts  
Vakgroep Kindergeneeskunde VU Amsterdam

Mw. Prof.Dr. J. Knops, kinderarts  
Afdeling Jeugdgezondheidszorg K.U. Leuven  
Voorzitter Kind en Gezin

Mw. F. van Laar, jeugdarts  
Wetenschappelijk medewerker NIPG/TNO Leiden en Instituut Maat-  
schappelijke Gezondheidszorg E.U. Rotterdam

Mw. M.S. Laurent de Angulo, kinderarts  
Provinciaal arts Jeugdgezondheidszorg, Provinciale Utrechtse  
Kruisvereniging, Utrecht  
Voorzitter Van Wiechencommissie

J.G. Lingeman, kinderarts  
Tot 1980 Provinciaal kinderarts Overijssel en Voorzitter Van  
Wiechenwerkgroep

Dr. A.C.B. Peters, kinderneuroloog  
Afdeling Kinderneurologie Academisch Ziekenhuis Leiden  
(Alleen mondelinge presentatie)

Mw. Dr. E.A. Schlesinger-Was, jeugdarts  
Wetenschappelijk medewerker NIPG/TNO Leiden

Dr. G.J. Vaandrager, kinderarts  
Wetenschappelijk medewerker NIPG/TNO Leiden

Mw. S.P. Verloove-Vanhorick, kinderarts  
Afdeling Neonatologie, afdeling Kindergeneeskunde Academisch  
Ziekenhuis Leiden

Prof.Dr. J.C. van Wieringen, kinderarts  
Afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG&GD Utrecht  
Vakgroep Kindergeneeskunde R.U. Utrecht

Dr. M. de Winter  
Beleidsmedewerker Nationale Kruisvereniging Bunnik  
Universitair docent Vakgroep Ontwikkeling en Socialisatie R.U.  
Utrecht



**HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO**