

# Nascholing integrale kindergeneeskunde

VERSLAG VAN EEN TE LEIDEN GEHOUDEN CURSUS

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN EN JHR. DR. A. H. VAN LIDTH DE JEUDE

In de tweede week van oktober 1957 organiseerde Prof. Dr. G. M. H. Veeneklaas, hoofd van de kinderkliniek van het Acadamisch Ziekenhuis te Leiden een nascholingscursus in de kindergeneeskunde. De opzet van deze cursus week af van die van de gebruikelijke artsencursussen. Zij was, zoals Prof. Veeneklaas deed opmerken, een experiment, zowel wat betreft de samenstelling van het programma, alsook ten aanzien van de samenstelling van het gehoor.

Enige jaren geleden is het Prof. Veeneklaas gelukt twee nieuwe functionarissen aan zijn staf toe te voegen, te weten een kinderpsychiater en een socioloog. Hij beoogde hiermede de basis van het geneeskundig denken in de kinderkliniek te verbreden. Thans achtte hij het moment gekomen in breder kring de resultaten voor te leggen van de samenwerking van de kinderarts met deze beide functionarissen.

Voor deze cursus werden uitgenodigd vijf kinderartsen met hun hoofdverpleegsters van de kinderafdelingen, vijf schoolartsen en vijf huisartsen, zodat het gehoor uit ongeveer twintig personen samengesteld was. Men had het N.H.G.-bestuur verzocht de huisartsen te willen afvaardigen, die voor deze cursus werden uitgenodigd. Met grote verwachtingen zijn wij op deze cursus afgegaan. De nascholing van de huisarts is de laatste tijd in de boezem van het N.H.G.-bestuur een van de belangrijkste onderwerpen van gesprek geweest. Juist drie maanden tevoren hield dit bestuur een weekendconferentie, gewijd aan de nascholing. Op deze conferentie sprak Prof. Groen, destijds nog hoofd van de Tweede Kliniek voor inwendige ziekten in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam. Hij zei daar onder meer:

„De geneeskunde is een merkwaardig vak. Het is een vak, dat zijn kennis en technieken overal vandaan haalt en ze dan toepast op de herkenning, behandeling en voorkoming van ziekten. Zo past de geneeskundige, met modificatie, technieken toe die afkomstig zijn uit de fysica, de chemie, de bacteriologie. Daarin krijgen wij dan ook een zeer grondige vooropleiding en dit te hebben ingesteld, is de belangrijkste bijdrage van Boerhaave geweest aan het geneeskundig onderwijs.

„Daarnaast zou ik willen stellen, dat de mens in gezondheid en ziekte een psychosomatische eenheid is en dat de arts in de uitoefening van de praktijk vrijwel altijd te maken krijgt met deze psychosomatische eenheid. Maar, terwijl de arts in zijn opleiding in de gelegenheid is een zeer behoorlijke basis te leggen voor de noodzakelijk kennis van het soma, is de opleiding van de arts die hij nodig heeft om de mens als psychische eenheid te kunnen begrijpen, veel en veel geringer.”

Welnu, de uitbreiding van de staf van de kinderkliniek met een kinderpsychiater en een socioloog bleek een bijzonder goede gelegenheid te bieden tot verruiming van het inzicht in de patiënt als psychische eenheid. Wij zijn van mening, dat het experiment van Prof. Veeneklaas in dit opzicht uitermate geslaagd is.

Een ander principe van de nascholing, waarop Prof. Groen ook de nadruk heeft gelegd, is het bevorderen van de activiteit van de practicus zelf. De beperking van het aantal deelnemers aan deze cursus stimuleerde een intensieve gedachtenwisseling over de verschillende onderwerpen, welke gedachtenwisseling een brede basis vond doordat de diverse groepen cursisten in de praktijk, ieder op hun eigen terrein en op hun eigen wijze, geïnteresseerd waren in de besproken onderwerpen, waarmee zij immers allen in hun dagelijks werk te maken hebben. Daar kwam nog bij dat de sympathieke wijze waarop Prof. Veeneklaas en zijn staf de cursisten ontvingen en tegemoet traden — waardoor ieder zich in korte tijd in een voor discussie gelijkwaardige groep voelde opgenomen — op zichzelf stimulerend werkte op de activiteit van de cursisten.

De dagindeling was als volgt: in de ochtenduren was het woord aan de socioloog en aan de kinderpsychiater, die vraagstukken behandelden welke behoren tot de dagelijkse problematiek van de huisarts-praktijk; de middaguren waren gewijd aan typische onderwerpen uit de pediatrie, met de nadruk op de kinderhygiëne en de preventie. Gaan wij thans nader in op het gebodene in deze cursus, dan waren de onderwerpen welke de kinderpsychiater behandelde:

algemene aspecten van de kinderpsychiatrie;  
pedagogie en psychoanalyse;  
veel voorkomende psychische stoornissen bij kinderen;  
psychosomatische ziekten bij kinderen;  
mentale hygiëne van het zieke kind.

Als belangrijke aspecten waarmee de praktiserende arts wordt geconfronteerd, en dit geldt zowel voor kinderartsen en schoolartsen als voor huisartsen, noemde de spreker — collega Schouten — de eetgewoonten en de daarbij optredende stoornissen, de enuresis, de slaapstoornissen, de opvoedingsmoeilijkheden, het behandelen van gedragsstoornissen en de psychische component bij het voorschrijven van medische behandelingen (ziekenhuisopname, uitzending naar vakantiekoloniehuisen, rustkuren,

dieet enz.). Hij stelde dat, voor het behandelen van de psychische kanten van deze problemen, de praktiserende artsen gebruik plegen te maken van een persoonlijke „feeling”, van eigen ervaring, van een „common sense”-filosofie, doch slechts zelden van systematisch verworven kennis, omdat de opleiding daar niet op is gericht; een stelling waarmee vrijwel alle praktiserende artsen zullen instemmen. De spreker pleitte dan ook voor een uitbreiding van systematische kennis van de kinderpsychologie voor alle artsen die veel met kinderen van doen hebben. Hij behandelde de verschillende fasen in de psychobiologische ontwikkeling van het kind, de invloed van de omgeving en speciaal van de moeder op deze ontwikkeling. Daarbij kwam hij vanzelf te spreken over de gevolgen, zowel van teveel als van te weinig aandacht, de verwenning en de verwaarlozing, met als middenweg de juiste wijze van het reguleren van de impulsen van het kind. Hierbij moet de arts rekening houden met de persoonlijke voorgeschiedenis, de opvoedingssituatie waarin de ouders in hun jeugd zelf al hebben verkeerd, als bepalend moment voor de wijze waarop zij hun kind tegemoet treden, maar ook voor de wijze waarop zij de adviezen van de pedagoog kunnen begrijpen en accepteren. Overigens is het principieel niet mogelijk een systeem te bedenken voor „de ideale opvoeding” aangezien men noch de persoonlijke levenshistorie van de ouders, noch de invloed van het wijdere milieu: cultuur en bevolkingsgroep, geweld kan en mag aandoen.

Diverse opvoedingstypen werden besproken: de affectieve verwaarlozing, de verwennende opvoeding en daar tegenover de opvoeding die gekenmerkt is door de angst voor verwenning, de infantiliserende opvoeding, de perfectionistische opvoeding en de overmatig beschermende opvoeding. Bij deze besprekingen werden de verschillende opvoedingstypen geïllustreerd met voorbeelden uit de praktijk, die het geheel bijzonder instructief maakten.

Van veel belang leek ons ook hetgeen collega Schouten vertelde over de waarde van het functionele symptoom, vooral ook, omdat dit zeker niet alleen voor kinderen geldt:

„In de medische praktijk is men er uiteraard volledig op ingesteld, te onderzoeken of een bepaalde klacht een organische basis heeft. Is die er niet, dan is de arts tot op zekere hoogte gerustgesteld. In de praktijk is er vaak te weinig tijd om te trachten in deze gevallen de ware oorzaak van de klacht op te sporen. Deze patiënten wekken trouwens veelal de wreveld van de medicus, omdat zijn technische therapeutisch arsenaal geen succes boekt. Er zijn redenen waarom de medicus deze klachten juist positief zou moeten waarderen. Zij betekenen vaak een appèl van de patiënt om te worden geholpen. Niet alleen is het symptoom een appèl dat van het kind uitgaat, ook voor de ouders kan de klacht een uitkomst zijn in die zin, dat dan pas het vragen om hulp gerechtvaardigd is, wat voor hen niet het geval is als er bijvoorbeeld uitsluitend gedragsstoornissen zijn. En voor de arts kan de klacht een toegangsbewijs zijn, omdat hij via het symptoom toegang kan krijgen tot de levensgeschiedenis van het kind, van het milieu en de conflicten. Maakt hij geen gebruik van dit toegangsbewijs, dan gaat het drama verder.”

**VASOLASTINE**

het moderne  
enzymologische  
causaal werkende  
therapeuticum

tegen:

athero- en  
arteriosclerose  
stoornissen in  
de vetstofwisseling  
stoornissen in de  
perifere circulatie

EEN PRODUCT VAN ENZYPHARM C.V. - SOESTOUK

**polypharm n.v. - rotterdam**  
POSTBUS 6025 - KANTOREN: WESTZEEDIJK 469.479

Tot zover enkele grepen uit de voordracht van de kinderpsychiater.

\* \* \*

Met spanning hebben we geluisterd naar de socioloog, niet in de laatste plaats omdat we eigenlijk niet goed wisten wat een socioloog was en welke rol hij zou kunnen spelen bij het oplossen van problemen in de kinderkliniek. Tot onze grote geruststelling begon de heer Milikowski te vertellen, dat er over de definitie van de sociologie onder de sociologen groot verschil van mening bestaat, zodat hij om die reden zijn voordracht begon met de omschrijving van het begrip „sociaal”, met de betekenis die dit woord in de loop der tijden heeft gehad, om tenslotte te eindigen met de omschrijving van de sociologie als wetenschap die zich bezig houdt met de ontwikkeling van de maatschappij. In elk geval werd duidelijk, dat hij zich op grond van zijn opleiding in de eerste plaats bezig wilde houden met het onderzoek naar de factoren die invloed hebben op het gedrag van de gehele bevolking of bevolkingsgroepen, zoals ook blijkt uit de titels van de voordrachten, welke hij voor ons heeft gehouden:

de ontwikkeling van de maatschappij;  
de functie van het gezin in de maatschappij;  
de ontwikkeling van het geboortecijfer;  
gezinsgrootte en de maatschappelijke invloeden daarop;  
het arbeiderskind in de maatschappij.

Maar vooral hebben wij genoten van zijn inzichten die naar voren kwamen in de „driehoeksbesprekingen”, waarin de kinderarts de klinische gegevens van een patiënt vertelde, de socioloog een inzicht gaf in de maatschappelijke factoren die bepalend waren voor gedragingen en verhoudingen in het gezin en waarbij tenslotte de kinderpsychiater de psychologische factoren naar voren bracht, die zich voordeden bij deze bepaalde ziekte van dit kind in dit maatschappelijke milieu. De artsen, die, uit hoofde van hun opleiding, gewend zijn zich te beperken tot de medische gegevens, beleefden aan deze voorbeelden mee de invloed van de levensgewoonten en het milieu van de ouders op de ontwikkeling van het karakter en normbesef van deze ouders, de daaruit voortvloeiende conflicten tussen de ouders — de botsing van de „nestgewoonten” — de invloed van deze, soms tegenstrijdige karakters en norminzichten op de ontwikkeling van het kind, en de rol die deze factoren spelen bij het verwekken en verwerken van ziekteverschijnselen door het kind. Een korte samenvatting van een van de driehoeksbesprekingen moge dit verduidelijken:

De kinderarts vertelt van een meisje van vijf jaar, opgenomen in de kliniek wegens poliomyelitis. Er ontwikkelden zich verlammingen, waarvan een gedeelte spontaan terugging, met achterblijven van een gedeeltelijke verlamming van de lange rugspieren, waardoor deformiteiten van de wervelkolom te verwachten zijn.

De socioloog deelt het volgende mede: het patiëntje is de

jongste uit een gezin met vijf kinderen. De vader is 40 jaar oud. De vader van de vader had zich opgewerkt van bakkersknecht tot zelfstandige brood- en banketbakker. De zaak was op de vader van patiëntje overgegaan. Op deze wijze was vader eigenaar geworden van een goed beklante bakkerszaak in een volksbuurt van een oud stadje. Hij behoort daardoor tot de middenstand, tot de stand van de kleine zelfstandigen en is trots op zijn „zelfstandigheid”. Zijn leven bestaat uit hard werken, vroeg op, vroeg naar bed, weinig amusement, weinig gezelligheid.

De moeder is 39 jaar. Haar vader had zich opgewerkt van stationsbeambte tot stationschef, maar was op 40-jarige leeftijd om gezondheidsredenen gepensionneerd. Zijn vrouw verweet hem, dat zij het slecht met hem had getroffen. Mede door het lage pensioen werd de moeder van patiëntje opgevoed in een verbitterde sfeer, waar men met weinig geld moeite moest doen om „stand op te houden”. Hoewel moeder aanvankelijk een middelbare school zou bezoeken, kon dit, door geldgebrek, niet doorgaan. Zij kwam als verkoopster in een mode- en confectiebedrijf, waar zij zich zeer op haar gemak gevoelde en met vreugde werkte.

Moeder ziet er goed verzorgd uit, praat zeer vlot en graag. Zij heeft vele bezwaren tegen haar huidige bestaan, houdt niet van huishoudelijk werk, vindt het wonen in een volksbuurt onaangenaam en heeft een hekel aan het soort klanten dat hun winkel bezoekt. Het liefst zou ze willen, dat haar man de zaak van de hand zou doen en in een groot bakkersbedrijf als werknemer ging werken. Hij krijgt dan meer vrije tijd, een vast inkomen en ze zouden deze buurt kunnen verlaten, de buurt waar zij zo'n hekel aan heeft. Maar de man denkt er niet over, zijn bakkerij, waar hij eigen baas is, op te geven om bij een ander knecht te worden.

De socioloog ziet in de tegengestelde inzichten van de man en de vrouw de tegenstelling van de oude middenstand, de „kleine zelfstandige” en de nieuwe middenstand „het grootwinkelbedrijf”:

„Beiden zien de ontwikkeling van hun onderneming als hun eigen belang, maar de één in zelfstandige, de ander in ondergeschikte positie. De zelfstandige ziet zijn zelfstandigheid als voordeel en als zijn vrijheid. De afhankelijke middenstand ziet als voordeel het beperkte aantal werkuren, de vrijheid buiten de diensturen, de vaste honorering en de sociale voorzieningen, de vaak uitgebreide contacten zowel binnen als buiten het bedrijf.”

Aangezien de positie van de vader bepalend is voor de positie van het gezin, voelt de moeder haar positie als een beknotting van haar eigen ontplooiing, welke situatie zij nog minder kan verwerken door de beknotting in de levensontplooiing in haar eigen jeugd, die zij daar als zo hinderlijk heeft leren beleven.

De kinderpsychiater stelt zich de vraag in welke psychische gezinssituatie het patiëntje haar handicap ten gevolge van de poliomyelitis zal moeten verwerken. Hij wijst op de gestoorde relatie tussen man en vrouw. De vrouw is gekenmerkt door een sterk narcisme, hetgeen tot uiting komt in haar uiterlijk, haar kleding, haar ambitiositeit, haar behoefte om te gaan met mensen uit een hogere stand. Zij wil dat haar man zijn zaak opgeeft om harentwil, en zijn onwil om haar hierin te volgen is niet alleen een krenking voor haar ambities, maar het is ook een narcistische krenking: „hij houdt niet genoeg van haar”.

Het patiëntje vertoont een frappante gelijkenis met de moeder. Ze gedraagt zich soms als een klein dametje, weet heel goed, dat ze er lief uitziet. Ook dit meisje is narcistisch van aard, ten dele door heriditeit, waarschijnlijk ook ten dele door indentificatie met de moeder. Voor haar zal de lichamelijke handicap een enorme kwetsing van haar narcisme betekenen. Er bestaat een grote kans, dat hierdoor haar narcisme en egoïsme versterkt zullen worden en dat zij zal trachten door een veeleisende, dominerende, agressieve houding de wereld aan zich te onderwerpen. Het beïnvloeden van deze ontwikkeling zal veel en intensief deskundig contact eisen.

Bij het horen van dergelijke uitgebreide en deskundige analyses van de factoren die een rol spelen bij het verwerken van ziekteverschijnselen, bekruipt ons, huisartsen, een gevoel van wanhoop, wanneer wij ons realiseren, waarmee wij bij de behandeling van onze patiënten allemaal rekening moeten houden. Het lijkt eenvoudiger ons te beperken tot wat wij voelen als de „zuiver medische” sfeer. Maar voor diegenen onder de artsen, die wel behoefte voelen in bepaalde gevallen dieper op de achtergronden van de patiënten-problematiek in te gaan, zijn de voordrachten van de kinderpsychiater en de socioloog, en vooral ook de driehoeksbesprekingen een lichtend voorbeeld van de wijze waarop wij deze factoren zouden kunnen benaderen.

Het middagprogramma bestond uit twee gedeelten. Het eerste stuk werd evenals de ochtenden gevolgd door alle deelnemers aan de cursus. Zij splitsten zich daarna echter in drie groepen: huisartsen tezamen met schoolartsen, kinderartsen, en directrices tezamen met hoofdverpleegsters. In deze groepen werden onderwerpen behandeld die van bijzonder belang waren voor de leden van die groepen. Wanneer de belangstelling voor een bepaald onderwerp ook bij anderen groot was, werden de voordrachten soms voor combinaties van groepen gehouden.

De eerste middag sprak Prof. Veeneklaas over „verdwijnende en nieuwe ziekten”. Hij wees hierbij op het feit, dat er een grote verschuiving heeft plaatsgevonden in de ziektebeelden over de laatste vijftig jaren, hoe aanvankelijk gebreksziekten, later infectieziekten en thans congenitale afwijkingen, tumoren, leukemieën, ongevallen, prematuritas en psycho-sociale afwijkingen op de voorgrond zijn gekomen. Het aantal facetten, leidend tot ziekten op de kinderleeftijd, dat thans de aandacht heeft, is toegenomen en wijkt meer uiteen, dan vroeger ooit het geval was. Bestudering, bestrijding en voorkoming van deze ziekten heeft in toenemende mate de behoefte mede gebracht aan de inzet van specialisten op allerlei gebied, wier activiteit alleen nog in teamverband tot resultaten zal kunnen leiden.

Op de volgende middagen sprak Prof. Veeneklaas over de resultaten en de organisatie van inenting en — samen met de schoolarts — over het kleuterconsultatiebureau. Dr. Van Gelderen behandelde complicaties van inenting tegen difterie, kinkhoest en tetanus, bestrijding van ongevallen bij kinderen en evaluatie van de kraamzorg. Bij deze laatste voordracht kwam het voor ons onverwachte feit naar voren dat het in huis nemen van een kraamverzorgster gepaard blijkt te gaan met een daling van de sterfte in de eerste levensweek van 50 procent! Als men bedenkt dat deze sterfte in de eerste week bijna tweederde van de gehele zuigelingensterfte uitmaakt en dat juist de perinatale sterfte slechts weinig in de algemene sterftedaling heeft gedeeld, dan krijgt dit feit nog grotere betekenis. Professor De Haas van het Instituut voor Praeven-

tieve Geneeskunde, die de cijfers over de kraamzorg heeft verzameld en bestudeerd, hield zelf een voortreffelijke en diepgaande voordracht onder de schijnbaar zo simpele titel „zuigelingenconsultatiebureau”, terwijl Dr. Boekhold een zeer kritische, briljante beschouwing gaf over de functie van het kleuterdagverblijf. Dr. Bruins besprak de cardiologische diagnostiek op zuigelingenbureaus en ten slotte sprak Dr. Schouten over de mogelijkheden van het Medisch Opvoedkundig Bureau.

Uit deze ietwat lange opsomming van onderwerpen, waarbij nog werd afgezien van de meer specialistische themata, moge blijken dat hier inderdaad met recht gesproken kan worden van een cursus in integrale kindergeneeskunde. Het was interessant voor ons te merken hoe deze integratie ook in de praktijk tussen de deelnemers van de cursus plaatsvond. De thee- en de koffiepauze benevens de gezamenlijke lunch, waarbij ook de docenten aanwezig waren, maakten dat er spoedig een zekere eenheid groeide tussen de cursisten onderling en ook tussen hen die de cursus gaven en hen die er aan deelnamen. Hierbij was een duidelijke wisselwerking merkbaar die zeer prettig aardeed.

Een woord van hulde is hier zeker op zijn plaats voor de voortreffelijke maar tegelijkertijd eenvoudige vanzelfsprekende wijze waarop Prof. Veeneklaas fungeerde als groeps- en discussieleider. Niet alleen was de leiding voortreffelijk, de samenstelling van het programma en de keuze van de deelnemers zorgvuldig uitgewogen, ook de organisatie bleek tot in de puntjes te zijn voorbereid. Zo werd de kennisgeving en het groeien van de groepsgeest aanzienlijk vergemakkelijkt door de voor ieder duidelijk leesbare kaarten met naam, functie en plaats die elk van de deelnemers en medewerkers voor zijn zetel had. Bijzonder prettig, ook voor later, was dat na vrijwel elke voordracht een stencil met de inhoud ervan voor ieder klaar lag en dat er zelfs mapjes voor dit groeiende boekwerk keurig met de naam op het omslag uitgereikt werden.

Aan het einde was er een bespreking, waarin de medewerkers samen met de deelnemers, die zich hierover groepsgewijze hadden beraden, trachtten te komen tot een evaluatie van deze cursus. Hierbij zag men niet alleen onder ogen het nut van de cursus voor deze individuele deelnemers benevens hun desiderata voor de herhaling of uitbreiding van een dergelijke cursus, maar ook de mogelijkheid om de gewonnen inzichten naar buiten uit te dragen. Daarna zij wij dankbaar, maar ook vermoeid door al het ongewoon lange zitten op de harde collegebanken en het gespannen luisteren en discussiëren, naar huis gegaan.

Wij mogen besluiten met vast te stellen dat op deze nascholingscursus op de juiste wijze werd voldaan aan de door het N.H.G. zo sterk gevoelde behoefte aan voortgezette educatie in een integrale geneeskunde en eindigen met de wens, dat de gedachten die hier een zo fraaie concrete vorm vonden, een ruime verbreiding mogen vinden.

gelijkwaardig



HANDELSMERK

**CODELCORTONE**

(PREDNISOLON)

HANDELSMERK

**DELTACORTONE**

(PREDNISON)

onovertroffen in corticosteroïde werking

antirheumatisch, anti-allergisch en anti-inflammatoir werkzaam • snelle resultaten • gemakkelijk toe te dienen • vrijwel geen stoornissen in de electrolytenhuishouding • omvangrijk indicatie gebied • geschikt voor langdurige toediening.

*Verpakking: flacons van 30 en 100 tabletten à 2,5 mg en 5 mg*



**MERCK SHARP & DOHME NEDERLAND N.V.**

POSTBUS 581 - HAARLEM

TEL. 02500-13867