

De kinderuitzending

DOOR MEVROUW DR. L. E. MEULEMAN, JEUGDARTS*

Zowel onder huisartsen, kinderartsen, schoolartsen, sociale jeugdpsychiaters, pedagogen en psychologen als wel tussen deze en de subsidiërende instanties, met als voornaamste gesprekspartner het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid, is kinderuitzending een actueel onderwerp van discussie. De kinderuitzending is begonnen in het eind van de negentiende eeuw als een sociaal-hygiënische maatregel om kinderen uit grote steden naar buiten te sturen ter versterking van het geestelijke en lichamelijke welzijn. Toch kennen wij dit soort uitzending als curatieve maatregel al veel langer bijvoorbeeld in Engeland waar omstreeks 1765 kinderen lijdende aan met koorts en hoesten gepaard gaande ziekten, uit de grote stad (Londen) naar zee werden gestuurd. Iets dergelijks zien wij ook in de tweede helft van de negentiende eeuw toen in verschillende landen van Europa kinderen met skelettuberculose naar zee, en met longtuberculose naar de bergen of de bossen werden gezonden. De „bleekneusjes” uit de grote steden werden ook toen reeds voor korte of lange tijd naar het platteland verwezen, hetzij door particulieren (Ds. Bion in Zwitserland, de heer Kerdijk, mevrouw Cnoop Koopmans en diverse anderen in Nederland), hetzij door de gemeente of door confessionele groeperingen. Deze curatieve factor is ook nog in de moderne kinderuitzending terug te vinden, bijvoorbeeld als wij kinderen met recidiverende bronchitis of licht astma of kinderen die op het schoolgaan reageren met vermoeidheidssymptomen, naar een gezondheidskolonie of herstellingsoord uitzenden. Spreken wij over de goede invloed van de uitzending op de eetlust, het slapen, het spelen en zelfs op het plezier in het leren, dan raken wij het gebied van de psychische stoornissen, misschien beter gezegd de psychosomatische stoornissen. De invloed van de uitzending is dan meestal meer roborerend, maar soms mogen wij van genezend spreken. Naast de sociaal-hygiënische en de curatieve betekenis wordt de preventieve waarde van de kinderuitzending tegenwoordig hoog aangeslagen en daarmee betreden wij het nog ongemeten, ongeëvalueerde gebied van al het preventieve werk zoals zuigelingen- en kleuterzorg, schoolartsendiensten, Stichtingen voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Medisch Opvoedkundige Bureau's (M.O.B.'s).

* Geneeskundig-inspecteur van het Centraal Genootschap voor Kinderherstellingsoord en Gezondheidskolonies, p/a Oosteinde 5, Amsterdam.

Meurs — (1966) huisarts en wetenschap 9, 100 — heeft geponereerd dat er tegenwoordig drie soorten van preventief medisch werk zijn: primaire preventie, gericht op het voorkomen van het ontstaan van ziekten; secundaire preventie, gericht op de beginstadia van ziekten en tertiaire preventie: het beperken en voorkomen van restverschijnselen van doorgemaakte ziekten. Hij bespreekt het werk der M.O.B.'s dat zich voornamelijk tot de secundaire preventie had bepaald: onderzoek en behandeling werden bij voorkeur verricht in de beginstadia van de aanpassings- en ontwikkelingsstoornissen. Volgens merkt hij op: „Een vroegtijdige opsporing en snelle verwijzing in de beginstadia behoort zeker tot de mogelijkheden van de huisarts. De primaire preventie is tot nog toe niet aan bod gekomen. Ook hier verkeert de huisarts in een bijzonder gunstige positie, mits hij zijn aandacht anders richt en niet langer beperkt tot de individuele patiënt en zijn omgeving, maar uitbreidt tot de potentiële patiënt. Wat het kind betreft zou dit betekenen aandacht en zorg voor het kind, dat nog gezond is, maar dat gevaar loopt ziek te worden”.

Hieraan zou ik willen toevoegen dat een vroegtijdige opsporing en snelle verwijzing evenzeer behoren tot de mogelijkheden van de schoolartsen. Zij kunnen de reactie van de schoolplichtige kinderen op het schoolmilieu soms vroegtijdig opmerken en wel bij alle kinderen, dus ook bij diegenen die meestal tot de zogenaamde gezonde kinderen worden gerekend en die door de huisarts veelal niet worden gezien. Goed samenspel tussen de verschillende artsen kan van groot nut zijn voor een vroege opsporing van kinderen, die dan wellicht nog niet ziek, afwijkend of abnormaal mogen worden genoemd, maar waar toch „iets mee is”. Van een bepaalde diagnose is nog geen sprake maar bij voortdurend van de ongunstige toestand zouden deze kinderen wel eens irreversibele veranderingen kunnen gaan vertonen.

Wij zouden kunnen stellen dat een tijdelijke milieuverandering in een kinderherstellingsoord (B-kolonie) of gezondheidskolonie (A-kolonie) voor een kind niet alleen nuttig kan zijn als curatieve maatregel en ter versnelling van de reconvalescentie na ernstige ziekte of operatie, maar ook als roborerende therapie en als een maatregel van preventieve gezondheidszorg, welke men medisch-sociaal, medisch-pedagogisch of sociaal-hygiënisch zou kunnen noemen. De term psychosomatisch is genoeg bekend om te worden gebruikt. Er is een vrij grote groep onderzoekers die stelt dat, waar de

mens een totaliteit is, men hem niet in psyche en soma mag opdelen; doet men zulks toch, dan neemt men aan dat lichaam en geest elkaar constant beïnvloeden.

Zijn de moeilijkheden bij het kind veroorzaakt of worden zij versterkt door het milieu, dan spreken wij soms van een sociale indicatie. Met evenveel recht zouden wij in een dergelijk geval van neurotiserende of psychopatiserende invloeden kunnen spreken, afhankelijk van de gedragsstoornissen. Dan noemen wij het kind „nervuus” en wordt het nietszeggende woord nervositas als indicatie gebezigd. Men vat hieronder allerlei reactievormen en gedragsproblemen samen, die echter zowel situatief kunnen zijn bepaald (huiselijk milieu, school, vriendjes, buurt) als endogeen (snelle vermoeibaarheid, verminderde intelligentie, hyperesthetisch-kinetisch syndroom enzovoort). Ook kunnen beide vormen gelijktijdig voorkomen. Daarnaast kan bijvoorbeeld een bijkomende anorexie asthenie en anemie veroorzaken, hetgeen een éénnamige uitzendindicatie soms onmogelijk maakt. Wij ontvangen dan een rijkskeuringskaart, waarop drie soorten indicaties staan vermeld, bijvoorbeeld nervositas, asthenie en sociale indicatie. Men zou hieruit kunnen opmaken dat diegenen, die kinderen met de zogenaamde sociale indicatie als een vorm van maatschappelijk werk zouden willen uitzenden — al dan niet in grote groepen of met schoolklassen in de grote vakantie — onvoldoende zijn geïnformeerd, omdat de sociale indicatie alléén zelden voorkomt. Hetzelfde geldt voor hen die de kinderen met de indicatie nervositas uitsluitend willen laten helpen via een M.O.B., hetgeen alleen al door de grote aantallen onmogelijk is.

Onze bovengenoemde kandidaatjes voor uitzending zijn medisch geselecteerde kinderen die de sociale indicatie als bij-indicatie krijgen omdat de uitzendende arts de socius als medebepalende factor ziet. Verwijzing naar een M.O.B. omdat het een nerveus kind zou zijn heeft alleen dan zin als de ouders voldoende intelligentie en bereidheid bezitten om de wijze van werken van een M.O.B. te kunnen appreciëren en als zij er adequaat op reageren. Soms is een snelle tijdelijke verwijdering uit het milieu met vervolgens beïnvloeding van de ouders van het kind zelfs beter. De „asthenie”, die schoolarts, moeder of onderwijzer soms aan uitzending doet denken, is de druppel die de emmer doet overlopen. Hoewel het bekend is dat nerveuze kinderen soms slecht eten en daardoor slap zijn, mag deze slapheid toch geen al te grote afmetingen aannemen.

In de A-huizen van het Centraal Genootschap kennen wij het zogenaamde speelwerkplan, een plan om met de nieuw aangekomen groep een reeks van activiteiten te gaan bedrijven in de loop der zes komende weken. Meestal worden deze gegroepeerd om een project, door de kinderen zelf gekozen. Het plan omvat lectuur, handenarbeid, geleide en vrije spelen, wandeltochten om schelpen of bloemen te zoeken, soms hutten bouwen en

binnen- en buitenspelen, alles in opklimmende mate van moeilijkheid. Dit speelwerkplan wordt opge maakt door de groepsleidsters onder supervisie en met hulp van de hoofdleidster. Het is een psychologisch-pedagogisch-didactisch plan van de eerste rang, dat tevens gelegenheid biedt te observeren hoe het kind zich gedraagt ten opzichte van leeftijdgenootjes, de leiding en de activiteiten zelf. Vele nuttige gegevens kunnen op deze wijze worden verzameld en aan ouders en/of behandelende artsen worden meegedeeld. Soms resulteert een observatie in een kinderhuis in een advies voor langduriger uithuisplaatsing om de gunstige veranderingen te continueren en te consolideren.

Men zal zich afvragen welke dan wel de indicaties zijn waarmede men zoveel moeite heeft om ze juist in te vullen. Voor een goed overzicht van de voorbereidende activiteiten, die nodig zijn om een kind uit te zenden, wordt bij dit artikel de indicatielijst afgedrukt en de binnenzijde van de rijkskeuringskaart, die door de uitzendende medicus moet worden ingevuld en die uiteindelijk door de betrokken vereniging wordt opgestuurd naar de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid na afloop van de uitzendperiode. De zogenaamde rijpkeuring of wel eindkeuring dat wil zeggen de keuring kort voor de uitzending (maximaal veertien dagen), moet zijn gedateerd en ondertekend (graag duidelijk). De indicatielijst dateert van 1935 en werd daarvoor reeds diverse malen veranderd. Hoewel deze lijst van indicaties de preventieve, curatieve en roborerende aspecten van de uitzending onderverdeelt, ontbreekt naar onze smaak de fijnere meer genuanceerde diagnostiek, welke wij tegenwoordig gaarne hanteren*. Als wij een kind onderzoeken, een opgroeiend wezen dat in onze overgeorganiseerde Westerse cultuurwereld de verschillende ontwikkelingsfasen doormaakt van zuigeling tot volwassene, dan bestaat de kans vele „ontsporingen” en aanpassingsstoornissen aan te treffen. Wat de rijkskeuringskaart betreft, de vragen daarop zijn niet voor niets gesteld. Al staat er heel veel op, toch zouden wij graag nog meer gegevens van kind en milieu willen zien vermeld. Over het gezin zou men bijvoorbeeld graag nauwkeurig zijn geïnformeerd. Het zogenaamde milieurapport vult dit dan aan.

De vragen: specifieke anamnese, gevonden afwijkingen en speciale indicatie voor uitzending, zijn bedoeld om een duidelijke beschrijving te geven van de symptomen bij dit speciale kind, verder wanneer en hoe deze zijn begonnen, de kennis welke de uitzendende arts heeft van het milieu, zoals dit hem bekend is of zoals hij dit heeft vernomen van ouders, onderwijzer, wijkverpleegster of sociale werkster en of dat milieu volgens hen de aanleiding of mede-oorzaak zou kunnen zijn van de thans bestaande toestand, zoals bijvoorbeeld anorexie en enuresis na de geboorte van een broertje of zusje,

* De samenstelling van een nieuwe indicatielijst is momenteel in studie.

gedragsmoeilijkheden bij ziekte of uithuizigheid van de moeder, slecht slapen, pavor nocturnus bij onenigheid tussen de ouders enzovoort.

Wij moeten de voorgeschreven indicaties gebruiken, daarom is een bijgevoegde ruimere omschrijving nuttig. Via de rijkskeuringskaart wordt aan de uitzendende vereniging de subsidie verstrekt (van Rijk en provincie) en de bijdrage van het Preventiefonds. De uitzendende vereniging stuurt daartoe de rijkskeuringskaart na afloop van de uitzendperiode op naar de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. Dezelfde vereniging, waarmee ook de huisarts contact moet opnemen, zorgt voor de benodigde kaarten en formulieren, het gesprek met de ouders, het reizen en terugkeren van de kinderen, het bespreken van de plaatsen in de tehuizen, het adviseren bij het verzorgen van de koffer enzovoort.

Er is sinds jaren een streven om meer gegevens uit het milieu bekend te maken aan de kolonie-arts en de leiding van het kinderruis, die in het beroepsgeheim deelt. Zo zijn er verschillende pogingen ondernomen, onder anderen door collega Freeve, laatstelijk directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Drenthe. Deze begon zijn eerste onderzoek in 1952 en herhaalde dit op provinciaal niveau per 1 januari 1965 nadat hij in 1964 contact had tot stand gebracht tussen de huisartsen, de schoolartsen, de provinciale kinderarts voor kinderhygiëne, de wijkzusters, de districtzusters voor de kinderhygiëne, de provinciale zuster voor de kinderhygiëne en de vertegenwoordigers van de uitzendverenigingen. Helaas is hij ons kortgeleden ontvallen en zijn grote ervaring en statistisch inzicht zullen wij naast zijn vriendelijke persoonlijkheid zeer missen. Zijn enthousiaste werk op het gebied van de voor- en nazorg van het uitgezonden kind zal ook in de beide andere noordelijke provincies worden opgebouwd en voortgezet.

Spreekt men van voorzorg dat wil zeggen milieureportage, dan denken wij direct ook aan nazorg in aansluiting aan advies en gegevens uit het koloniehuis. In Drenthe (en weldra ook in Groningen en Friesland) vindt de nacontrole plaats door degene die het kind uitzond en wel kort na terugkomst niet langer dan na een maand, en daarna nog eenmaal zes maanden na terugkomst om het (blijvend?) effect van de uitzending te controleren. In verschillende grote steden doet men dit allang. In de drie grote steden zijn er één of twee schoolartsen, die de door andere collegae opgegeven kinderen bekijken en zo trachten te „chequen” wie uitzending nodig heeft. In de provincie, waar de districts-schoolartsendiensten grote afstanden moeten overbruggen en vele dorpen bestrijken, ligt het wat anders. Op zijn zachtst gezegd zou een moeilijke situatie ontstaan wanneer één centrale figuur de door andere collegae opgegeven kinderen zou moeten controleren. De eigen school- of huisarts kent de sfeer van de streek en de aard en mentaliteit van de bewoners beter dan welke andere arts ook.

De minister vindt de behoefte aan uitzending moeilijk te beoordelen. Zoals met elk preventief werk is die behoefte zeer moeilijk te evalueren. Daar het aantal uitgezonden kinderen afhangt van de daarvoor beschikbare middelen, is dit aantal niet maatgevend voor de behoefte aan uitzending. Een feit is, dat verschillende instanties de mogelijkheden van de kinderuitzending hoger zijn gaan waarderen bijvoorbeeld sommige M.O.B.'s, de Stichtingen voor de Geestelijke Volksgezondheid, kinderartsen en kinderrechtters. Het valt ook op, dat meer en meer huisartsen het nut van de uitzending zijn gaan inzien, hoewel zij de moeilijkheid (soms onmogelijkheid) om het huiselijke milieu te verbeteren als geen ander kennen. Deze feiten zijn soms duidelijk op te maken uit de ondertekeningen en mededelingen op de rijkskeuringskaarten. Daarom zou het zo nuttig zijn indien over meer gegevens kon worden beschikt en de rijkskeuringskaarten duidelijker en vollediger zouden worden ingevuld, opdat het Departement via de Hoofdinspectie meer gegevens zou kunnen krijgen.

Het invullen van een hele kaart met bijvoorbeeld één woordje „nervuus” of „sociaal” (historisch) lijkt wel kort en krachtig, maar geeft geen houvast aan de leiding van het huis omtrent de oorzaken waardoor het kind bijvoorbeeld nerveus kan zijn geworden (endogeen-situatief?) of in welk opzicht de omgeving haar invloed heeft doen gelden (affectieve verwaarlozing, onvoldoende voeding, slechte behuizing, asociaal gezin of schoolmoeilijkheden). Huisartsen hebben een druk, ongeregeld en jachtig leven, maar als zij wisten welk een grote waarde wordt gehecht aan elk woord op de kaart, dan zouden zij misschien mee willen werken om de kinderen, hun patiënten, beter te laten opvangen, te laten heropvoeden en zo misschien te helpen genezen. Hoofdzaak is dat er een goede verstandhouding bestaat tussen de collegae (huisartsen, schoolartsen, kinderartsen, jeugdpsychiaters) en dat de wil en bereidheid om een bepaald kind en zo soms een heel gezin te helpen, op de voorgrond moet staan. Wij willen het kind in ontwikkeling nauwlettend controleren om, als er lichamelijk of geestelijk een kink in de kabel komt of dreigt te komen, zo spoedig mogelijk te kunnen helpen. Andere instanties proberen dit op hun wijze ook, de kinderbescherming, de kinderplicht, Pro Juventute, de M.O.B.'s enzovoort. De grenzen tussen psychische en somatische stoornissen vervagen steeds meer.

Als jeugdarts zou ik daarnaast willen stellen, dat wanneer degenen die de moeder begeleiden bij de voeding en opvoeding van haar kind(eren), dus huisartsen, zuigelingen- en kleuterconsultatiebureau-artsen, „röntgen-ogen” en „radar-oren” hebben, zij zeer vroeg de kans hebben om moeilijkheden te zien aankomen en deze zo mogelijk kunnen helpen corrigeren daar de verhouding moeder-kind dan nog zo doorzichtig is. Het is treurig maar waar, dat in de kleuterperiode (één tot zes jaar) de meeste opvoedingsfouten worden gemaakt, onder andere door het nog niet kunnen praten met het zeer jonge

gevoelige kind en door de vaak jonge leeftijd van de ouders en hun onbekendheid met de „ontwikkelingsfasen”. Het weerloze, overactieve, meestal nog onzindelijke kleutertje, dat zich vaak nog zeer onvolledig kan uitdrukken is dan dikwijls het slachtoffer van de willekeur der volwassenen. Kleuteruitzending of verwijzing naar medische kleuterdagverblijven kan dan zijn nut hebben. Wordt het kind ouder (vijf tot ongeveer veertien jaar) dan valt het onder de schoolkinderuitzending.

Het bedwaterende, slecht etende, soms agressieve, soms te stille kind, dat niet spelen kan met leeftijdgenootjes, dat of angstig of opschepperig is, ongehoorzaam of „kleverig-lief”, dat duimzuigt, stottert of „geniepig” is, moet bij ons een „rood lichtje” doen branden: „er is iets aan de hand”! Soms is een helpend woord voldoende om de aandacht van de moeder wakker te maken. Soms is er een lang gesprek met beide ouders nodig, bijvoorbeeld als de verhouding tussen hen niet al te best is of een verwijzing naar kinderarts, M.O.B. of jeugdpsychiater. Het zijn niet de „slechtste” artsen, die een „feeling” hebben voor het begin van een scheefgaande groei van het kind. Vroeger was dat het geval bij de „echte” huisarts, nu kunnen dat ook andere artsen zijn. Hoe langer hoe meer gaat men de mogelijkheden zien van kinderuitzending bij somatische en psychische (psychosomatische) stoornissen. Het kindertehuis kan een oase van rust zijn, een „neutraal” gebied waar het kind opnieuw kan beginnen, waar het objectief kan worden bekeken en weer vrolijk en opgeruimd kan leren spelen met nieuwe kamergenootjes, waar het kan leren nieuwe autoriteiten te waarderen en het schoolwerk vanuit een nieuw gezichtspunt te bezien.

Wat is nu het verschil tussen A- en B-huizen? In de eerste huizen blijven kinderen eenmaal (maximaal tweemaal) zes weken en zij gaan niet naar school. Hoewel over dit laatste punt de meningen verschillen en er over wordt gediscussieerd, zijn vele uitzendende artsen bij veel kinderen de mening toegedaan, dat het vrij zijn van het schoolgaan vaak een gunstige invloed op bepaalde stoornissen heeft, bijvoorbeeld op slecht eten, slecht slapen, nagelbijten, duimzuigen en bedplassen, zonder dat het de kansen op blijven zitten vergroot. Het is niet zo dat het bij alle kinderen nodig zou zijn het schoolwerk tijdelijk af te schaffen, met name bij bronchitis en astma wordt dit nodig geacht. Men wil trachten, na overleg met de school, met taken gedurende de zesweekse periode de wensen van de ouders te bevredigen. Het laatste woord is hierover nog niet gesproken en voorlopig althans is de A-verpleging nog een „schoolloze” uitzending. Dat daardoor veel tijd vrijkomt voor allerlei andere activiteiten is duidelijk (zie het speel-werkplan).

In de B-huizen blijven de kinderen minimaal twee maanden: aan deze huizen is een school verbonden. Afhankelijk van de afwijkingen en de financiën kunnen zij blijven tot zij in goede conditie zijn (bijvoorbeeld na een operatie of een langdurige

ernstige ziekte) of totdat er een goede oplossing is gevonden voor verbetering van het milieu. Bij astma kunnen de ernstig zieke kinderen naar een astmacentrum of naar een gunstiger pleeggezin. Is het gezin een aardig gezin dan is soms doorbreking van de circulus vitiosus — die ontstaat door angstige overbezorgde ouders ten opzichte van het aandacht vragende kind — nuttig, met voorlichting aan de ouders. Verwaarloosde of slecht verzorgde kinderen blijven zolang in het kindertehuis tot het thuis gunstiger lijkt of zij gaan naar een school met internaat. Dit laatste gebeurt soms op advies van de kinderbescherming. Is de jeugdpsychiater degene die uitzending adviseert dan is, door de moeilijkheid van het vinden van een goed pleeggezin, het verblijf soms zeer langdurig. Gelukkig gaan heel veel kinderen weer terug naar hun eigen ouders, die dan vaak veel geleerd hebben tijdens de uitzending, onder andere door de contacten en gesprekken met de leiding van het kindertehuis.

Vroeger, toen de georganiseerde kinderuitzending begon, was er een groot verschil tussen de A- en B-uitzending. Het was de tijd, dat er nog een hevige strijd tegen de tuberculose werd gestreden; het Centraal Genootschap bijvoorbeeld werd in 1901 opgericht. Toen waren de B-kinderen vaak licht ziek, genezend of pas genezen. Zij werden enige dagen geïsoleerd en daarna geactiveerd onder zeer strenge controle. Thans is er weinig verschil tussen de soorten kinderen die naar A- of B-huis gaan, hoewel wij kinderen met recidiverende bronchitis en licht astma gaarne minstens zes maanden zouden willen houden. Meestal wordt de uitzendperiode beslist door de uitzendende arts. Denkt deze dat een langdurige uithuisplaatsing nodig is, dan zal hij tot een B-uitzending besluiten hetgeen impliceert dat deze kinderen ook naar school gaan. Dat de verhoogde uitzendkosten voor vele afdelingen van de uitzendverenigingen een onoverkomelijk bezwaar zijn om kinderen uit te zenden en dat men dan kiest voor een zesweekse A-uitzending (die goedkoper is) of soms de uitzending laat overgaan, is de harde werkelijkheid welke wij als artsen alleen maar kunnen betreuren. De kosten zijn de laatste tien jaar ongeveer viermaal zo hoog geworden en de rijkssubsidie is van 60 cent per kind per dag — in de tijd, dat de uitzending *f* 3,50 per kind per dag kostte — gestegen tot 90 cent per kind per dag, met andere woorden procentueel sterk gedaald. De kosten van de A-uitzending zijn bij het Centraal Genootschap in 1967 *f* 13,60 per kind per dag. De kosten van de B-uitzending zijn *f* 13,85 per kind per dag voor de eerste maand, voor de tweede maand *f* 13,45 en daarna *f* 12,95 per kind per dag.

Men zegt wel eens: uitzending is niet meer nodig in een welvaartsstaat. Maar met de gestegen welvaart is er een grote uithuisigheid gekomen. Men trouwt vroeger, de ouders zijn dus jonger, hetgeen meestal ongeduldigheid en onwetendheid betekent

en er zijn veel meer wensen op het gebied van woon- en leefcomfort. Er is te weinig speelruimte voor het kind en de woningnood is nog groot. Er zijn „weekendhuwelijken” en er wordt nog veel „gependeld”. Veel gezinnen, al zijn er dan wel een vader en moeder, zijn toch de facto onvolledig en er zijn meer echtscheidingen dan vroeger; kortom geestelijke en affectieve verwaarlozing komt veel voor. Ook de voeding is niet optimaal: alles moet vlug en gemakkelijk gaan en niet te duur zijn. Dit geldt eveneens voor het platteland. Omgekeerd betekent welvaartsstaat dat er meer gelegenheid, geld en outillage beschikbaar zou moeten zijn om de in hun ontwikkeling bedreigde kinderen te helpen.

Verbetering van inzicht in het kind om vermindering van gedragsmoeilijkheden te verkrijgen vraagt veel van de ouders. Het kunnen zien van een kind ook het eigen kind, als een wezen „an sich” en niet als alleen een aanhangsel van zichzelf of van het gezin, is wel een *conditio sine qua non*. Het toch contact zoeken, het bevorderen en bestendigen van de relatievorming met dat wezen „an sich”, eist onbaatzuchtige liefde. In de eenvoudigste gezinnen kan men deze liefde vinden, in goed gesitueerde intellectuele gezinnen kan zij ontbreken. Toch vindt men in deze laatste vaak verrassend goed inzicht in de scheef groeiende situatie, als in rust en vertrouwen aandacht en tijd worden gegeven aan de ouders, die de weg naar het hart van hun kind zijn kwijtgeraakt.

Verblijf in de „kolonie” kan voor vele kinderen een belevenis zijn waar jaren later nog over wordt gedacht en gepraat. Wij merken dat door bezoeken aan het huis later, als de kinderen groter zijn geworden, „als men toch in de buurt is” of door het gerede naar het kinderhuis laten gaan als men — zelf ouder geworden — het eigen kind, als het nodig mocht zijn, weg laat gaan: „Ik heb het er zelf zo fijn gehad, laat hij er ook maar heen gaan”. Tijdens hun verblijf in de kolonie zien wij bedwaaers vaak continent worden en zelfs encopresis vaak verdwijnen. Verwende astmakinderen leren leven met hun kwaal en worden opgewekte schoolgaande kinderen, de zwaardere gevallen gaan naar een astmacentrum. Wij zien agressieve kinderen hun best doen, al zitten hun handen nog zeer lang heel los. Wij zien dat slordige kinderen zich meer geordend gaan gedragen, negativistische kinderen worden „eruit” gehaald. Maar sterk afwijkende, echt neurotische of psychopatische kinderen kunnen wij helaas niet helpen. Zij bederven de sfeer in huis en men moet hopen, dat zij in een speciaal hierop gericht milieu (kinderpsychiatrische klinieken en dergelijke) wel kunnen worden geholpen. Er dient bij zogenaamde afwijkende kinderen vóór de uitzending een grondig onderzoek plaats te vinden door M.O.B. of jeugdpsychiater, om na te gaan of deze afwijking endogeen of situatief is bepaald. Is dit laatste het geval, dan kan uitzending een opluchting, een verlichting, zelfs een genezing zijn of een goede aanloop om met de begeleiding van de ouders te beginnen. Soms vraagt ook een psychiater opname

aan om door deskundige observatie zijn diagnostiek aan te vullen.

Kunnen wij met al onze ervaringen dan niets zeggen van het nut van en de behoefte aan uitzending? Bij de ouders en onderwijzers kunnen wij navragen of het gedrag ten goede is veranderd, of het slapen, de eetlust, het bedplassen zijn verbeterd en de lust tot leven en leren en tot creatieve bezigheid is verhoogd. Dit oordeel is vaak subjectief, vooral van de zijde van de ouders, die door het afstand nemen van het kind tijdens de uitzending, vaak anders tegenover hun kind zijn komen te staan; maar is het gehele leven niet een subjectieve ervaring? Dit navragen werd reeds en wordt nog steeds gedaan. Misschien zullen wij het beloop van de symptomen, waarvoor het kind werd uitgezonden nog eens nader kunnen evalueren. Als artsen kunnen wij allen meewerken aan een beter begrip voor de mogelijkheden en moeilijkheden van de hedendaagse kinderuitzending en wel door in de eerste plaats een goed contact te leggen of te onderhouden tussen de diverse soorten artsen, die zich met de uitzending bezig houden en erin zijn geïnteresseerd. Vervolgens door de rijkskeuringskaart (de bruine kaart) zo volledig mogelijk in te vullen wetende, dat elke mededeling met belangstelling door de leiding van het kinderhuis wordt gelezen, tot beter begrip van het aan hun zorg toevertrouwde kind. Op deze wijze zal ook op de Hoofdinspectie de betekenis van dit werk duidelijker worden.

Het blijft een moeilijkheid om in het keurslijf van de zeer verouderde indicatielijst een speciaal kind in te delen. Het beste is dus de hoofdreden eerst te noteren en de bijgedachten erbij te schrijven. Contact tussen uitzendende en ontvangende (kolonie-) arts is altijd mogelijk, bijvoorbeeld schriftelijk als men hem iets privé wil mededelen. Het is aanbevelingswaardig zelf eens een bezoek aan het kinderhuis te brengen na tevoren contact met de directrice te hebben opgenomen. Eventueel is een excursie mogelijk voor een groep geïnteresseerden. Als dit tijdig wordt aangevraagd, kunnen kolonie-arts, directrice, eventueel pedagoog, psycholoog aanwezig zijn. De klachten over verouderde outillage en technieken, onduidelijke indicaties en onvoldoend geschoold personeel, zijn vaak niet geheel ongegrond, maar deze kunnen en moeten worden bestreden door voldoende subsidiëring van het werk.

Het moet mogelijk zijn met al het enthousiasme en de successen van de actieve kolonie-artsen en directrices, pedagoog en psycholoog, de hoogste autoriteiten op het gebied van de gezondheidszorg in ons land in dit enthousiasme te laten delen en hen de kinderuitzending te laten zien als datgene wat zij in feite is: een belangrijk hulpmiddel in de totale jeugdgezondheidszorg.*

(Om het complexe geheel van de problematiek van de kinderuitzending in een leesbare vorm te presenteren heb ik de vorm van een essay, misschien beter

nog, van een „ontboezeming”, geprefereerd boven die van een reguliere beschrijving.)

Naschrift

Dat dit werk ook in de huidige tijdsomstandigheden in een duidelijk gevoelde behoefte blijkt te

voorzien, duiden de onderstaande cijfers over 1964 aan:

Het totale aantal verpleegdagen in ons land (inclusief gezinsverpleging en „Vosseveld”) bedroeg in 1964 1063000. De totaalcijfers over 1965 waren op het moment van het samenstellen van dit artikel helaas nog niet volledig beschikbaar.

	31 A-huizen	6 B-huizen	3 kleuter-huizen	8 medische kleuterdag-verblijven	Totaal 48 tehuizen
Aantal beschikbare plaatsen.....	2253	351	217	732	3553
Aantal verpleegdagen	609339	87414	71414	217247	985463
Gemiddelde bezetting	75,80%	74,10%	89,90%	99,70%	80,80%
Aantallen kinderen					
Aanwezig op 1 januari 1964	502	196	162	651	1511
Opgenomen gedurende 1964	13027	463	888	853	15231
Totaal	13529	659	1050	1504	16742
Ontslagen in 1964	13006	453	898	826	15183
Nog aanwezig op 31-12-'64	523	206	152	678	1559

Indicaties voor de uitzending van kinderen naar koloniehuis en gezinnen, zoals deze worden verstrekt door de geneeskundige hoofdinspectie van de Volksgezondheid.

INLEIDING

Uitzending is slechts een der middelen uit het praeventief en therapeutisch arsenaal.

Evenals bij elke andere medische indicatie-stelling kan het juiste middel in een bepaald geval slechts worden gekozen wanneer men inzicht heeft in de aard van de afwijkingen.

Dit is slechts te verkrijgen door een goede anamnese en een goed onderzoek. Ook hier dient de anamnese milieu, familie en constitutie te omvatten.

Het onderzoek zal wisselend van omvang, maar altijd goed moeten zijn. Slechts op deze wijze kan worden bepaald of uitzending of een ander middel dient te worden gekozen.

Steeds dient te worden overwogen:

- 1 of niet een voorafgaande geneeskundige behandeling de uitzending overbodig kan maken of wel beter tot haar recht kan doen komen. Als voorbeeld zou genoemd kunnen worden tonsillectomie,
- 2 hetzelfde geldt voor verbetering van het milieu van het kind,
- 3 of niet de aard of de ernst der afwijkingen ofwel de toestand van het milieu bij voorbaat kunnen doen verwachten, dat van de uitzending geen blijvend resultaat is te verwachten.

Hoe dan ook: het stellen van de indicatie tot uitzending is een medische handeling, die volgens medische regelen dient te geschieden.

Indicaties

1 Voorbehoedend

- 1.1 Kinderen, voor wie een ernstig vermoeden bestaat, dat hun gezondheidstoestand door huiselijke omstandigheden bedreigd worden. Zogenaande sociale indicatie.

Als regel alleen te gebruiken, wanneer het mogelijk is tijdens de uitzending van het kind, de storingen in het milieu geheel of gedeeltelijk op te heffen.

- 1.2 Kinderen uit tuberculeuze gezinnen, niet vallend onder de rubrieken 2 en 3. Uitzending alleen via een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding. Advies van dit bureau, met datum en consultatiebureaunummer op de uitzendkaart vermelden.

2 Ter reconvallescentie

- 2.1 Na acute en chronische ziekten en na operaties. Bij uitzending „na acute ziekte” dient men te bevorderen, dat uitzending op korte termijn inderdaad mogelijk is.

- 2.2 Na tuberculeuze aandoeningen. Zie 1.1.

3 Ter vermeerdering van de lichaamsweerstand bij kinderen met de volgende afwijkingen:

- 3.1 Recidiverende ontsteking van de luchtwegen. Vooral bij deze kinderen moet worden nagegaan of zij verschijnselen vertonen van vergrote tonsillen en/of adenoiden vegetaties. Zijn deze aanwezig dan is advies van een specialist aangewezen. Na deze behandeling kan worden beslist of de indicatie nog bestaat. Het is van belang te overwegen of deze recidiverende ontstekingen samen kunnen hangen met een exsudatieve diathese.

- 3.2 Exsudatieve diathese.

- 3.3 Nervositas.

Deze indicatie dient met zorg te worden gesteld. Men stempele een kind niet nodeloos tot „nervuus”. Aard en oorzaak van de „nervositas” dienen zo zorgvuldig mogelijk te worden vastgesteld met behulp van de gegevens van gezin, school en huisarts. De opmerkingen in de inleiding onder 1, 2 en 3 zijn hier nadrukkelijk van kracht.

- 3.4 Asthma.

- 3.5 Asthenie.

Deze indicatie omvat het „zwakke”-„slappe” kind, dat een of meer van de volgende verschijnselen vertoont: onvoldoende voedingstoestand, slechte eetlust, prikkelbaarheid, slecht slapen, slechte lichaamshouding, bleekheid (niet altijd berustend op anaemie).

In de eerste plaats dient men te zoeken naar de oorzaken dezer verschijnselen:

- a exogeen,
- b endogeen
- c een combinatie van a en b.

Exogene oorzaken kunnen leiden tot schijn-asthenie. Werkelijke asthenische kinderen zende men waar mogelijk naar openlucht- of buitenscholen. Asthenie behoeft op zichzelf geen reden tot uitzending te zijn. Wel dient de asthenie, welke tot klachten leidt, te worden behandeld. Deze behandeling dient zoveel mogelijk causaal te zijn.

- 3.6 Onvoldoende lichamelijke ontwikkeling.
Deze nadruk valt op „ontwikkeling”. Men houde rekening met de constitutionele en erfelijke factoren bij het uitzenden van „te kleine” of „te lange” kinderen. (Hoe zijn de ouders?).

Contra-indicaties

De uitzending is gecontra-indiceerd:

- 1 Als de kinderen gevaren opleveren voor anderen, (bijvoorbeeld doordat zij lijden aan longtuberculose, besmettelijke ziekten in de zin der wet van 21 juli 1928, S. 265, andere besmettelijke ziekten en besmettelijke aandoeningen van haar, huid, slijmvliezen, oog, hoofdluis).
- 2 Als de kinderen lijden aan een ziekte, waarvoor kolonieverpleging niet is aangewezen (bijvoorbeeld chorea, epilepsie).
- 3 Als de kinderen speciale moeilijkheden geven bij de verpleging (kinderen lijdende aan incontinentia alvi of enuresis diurna. In geval van uitzending naar gezinnen, bovendien als het kind lijdt aan enuresis nocturna).
- 4 Als de kinderen tengevolge van een lichamenlijk of geestelijk gebrek speciale moeilijkheden geven bij de verpleging. (Wel is voor deze kinderen uitzending naar speciaal voor hen ingerichte koloniehuisen mogelijk.)
Psychopatische kinderen geven in een koloniehuis gewoonlijk te veel moeilijkheden.
Psychopathie behoort te worden beschouwd als een contra-indicatie.

HET JUIST AANWIJZEN VAN KINDEREN VOOR UITZENDING IS MOEILIJK, VRAAGT ZORGVULDIG OVERLEG EN KOST TIJD.

Invulling van de keuringskaarten

Het is nodig, dat bij invulling der keuringskaarten er niet mee worde volstaan één der in de lijst genoemde indicaties — met het betreffende nummer — te vermelden. Daaraan moeten worden toegevoegd bijzonderheden betreffende de toestand van het kind, verschijnselen die zijn waargenomen, klachten die het kind aangeeft (bijvoorbeeld slechte slaap, lusteloosheid, hoofdpijn, onvoldoende voedingstoestand, enz.), terwijl gegevens van school en gezin, op de uitzendkaart vermeld, van groot belang kunnen zijn voor de beoordeling van de noodzakelijkheid van uitzending, en als deze plaats vindt, voor de kolonie-arts en de directrice.

Uitzending naar speciale koloniehuisen

Zwakzinnige kinderen, lichamenlijk gebrekkige kinderen en kinderen, die ten gevolge van een ernstige vorm van bovengenoemde indicaties bijzondere individuele behandeling behoeven, kunnen worden uitgezonden naar afzonderlijke, voor hen ingerichte koloniehuisen. Ook bij meer ernstige vormen van asthma en diabetes is een bijzondere vorm van uitzending mogelijk.

Binnenkant van de rijkskeuringskaart

D Gegevens omtrent gezin (indien overledenen te vermelden wanneer en waaraan).
Leeftijd vader jaar; moeder jaar.
Rangnummer kind; Kinderaantal
Algemene medisch sociale indruk van het gezin

E Medische gegevens (op grond van archiefkaart of inlichtingen van huisarts, schoolarts, moeder of verzorgster)
a Welke besmettelijke ziekten maakte het kind door?

Waterpokken	in 19.....
Rode hond	in 19.....
Hepatitis infectiosa	in 19.....
Bof	in 19.....
Mazelen	in 19.....
Roodvonk	in 19.....
Diphterie	in 19.....
Kinkhoest	in 19.....

- b Welke andere ziekten/operaties, en wanneer?
- c Bestaat enuresis diurna/nocturna?
- Frequentie
- d Is het kind gevaccineerd tegen (zie vaccinatie-kaart).
Verzoekte laatste jaar van (re)vaccinatie in te vullen:
- | | |
|-----------|------------|
| Kinkhoest | in 19..... |
| Diphterie | in 19..... |
| Pokken | in 19..... |
| B.C.G. | in 19..... |

- Eventuele andere vaccinaties?
- e Is de tuberculine-reactie verricht? Ja/Neen Wanneer?
Welke reactie? Resultaat
- f Is er tuberculose in het gezin?
- Heeft het kind een C.B. voor tuberculose bezocht?
Ja/Neen Waar/Wanneer?
- Advies C.B.
- g Eetlust Slaap Spel

F Onderzoek in verband met uitzending:

- 1 Specifieke anamnese
 - 2 Algemene indruk Gewicht in kg Lengte in cm
 - 3 Geconstateerde bijzonderheden of afwijkingen
 - 4 Voornaamste reden van uitzending:
 - 5 Uitzending: dringend, noodzakelijk, wenselijk.
 - 6 Uitzending naar: koloniehuis A, koloniehuis B, gezin, kleuterdagverblijf, buitenschool. Bos, zee of geen voorkeur.
 - 7 Zijn lichamenlijke oefeningen aangewezen/gecontra-indiceerd?
 - 8 Is speciale rust wenselijk?
 - 9 Omschrijving van eventueel dieet:
 - 10 Gewenste minimum duur van uitzending:
 - 11 Bijzondere opmerkingen
- Datum:
- Handtekening en kwaliteit arts (met stempel)

G Eindonderzoek, onmiddellijk aan de uitzending voorafgaande:

- a Is in het gezin van het kind in de laatste drie weken een besmettelijke ziekte voorgekomen? Bij wie en welke?
 - b Zijn in de omgeving van het kind de laatste tijd besmettelijke ziekten voorgekomen? Waar en welke?
 - c Tuberculine-reactie: *
 - d Röntgenonderzoek thorax: **
 - e Bijzondere opmerkingen:
- Datum:
- Handtekening en kwaliteit arts (met stempel)

* Indien deze bij selectiekeuring negatief of onbekend was.
** Uitsluitend indien tuberculine-reactie positief is. Bij voorkeur te verrichten door C.B. voor T.B.C.-bestrijding.