

4355

# Jeugdgezondheidszorg

Jeugdgezondheidszorg vergt klaarlijk aandacht. Onlangs verscheen in Medisch Contact een alternatieve visie hierop van de hand van Mw. Drs. L. E. G. M. Pijnenburg-Dewez<sup>1</sup>. In het thans voorliggende nummer van Medisch Contact zijn twee artikelen over hetzelfde onderwerp opgenomen: een pleidooi voor herbezinging van E. R. de Winter en W. Uithof (blz. 629) en een verslag van een onderzoek naar de behoeften bij ouders met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg van P. N. M. Hoefsloot, G. J. P. M. Kessels en F. W. J. Schreij (blz. 632).

Hoezeer de opvattingen over gewenste ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg van elkaar kunnen verschillen blijkt vooral uit de twee eerstgenoemde artikelen. Mw. Pijnenburg-Dewez kiest uitgesproken voor een jeugdgezondheidszorg waarin de zorg voor het individu centraal staat. Zij gaat zelfs zo ver dat zij de jeugdgezondheidszorg wil losmaken van de traditionele basis daarvoor: de school. Eerder voelt zij ervoor de jeugdgezondheidszorg onder te brengen in het gezondheidscentrum, waardoor de relatie met het milieu van het kind enerzijds en met de behandelende huisarts anderzijds wordt vergemakkelijkt. Daarentegen willen De Winter en Uithof de jeugdgezondheidszorg de school wel als basis laten behouden, maar zich binnen die setting vooral bezighouden met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).

De zojuist genoemde auteurs brengen twee tendensen onder woorden die in de jeugdgezondheidszorg kunnen worden herkend: aan de ene kant een op de populatie gerichte zorg, zich uitstrekkend van hygiënische maatregelen tot het geven van voorlichting; aan de andere kant een op de gezondheid van het individu gerichte zorg, zich onder andere uitend in het periodiek geneeskundig onderzoek.

In het midden van de 19e eeuw werd het toezicht op de hygiëne opgedragen aan de schoolopziensers; in 1868 werd de eerste part-time schoolarts benoemd. Brouwer en Zielhuis laten zien hoe door de verbeterde sociaal-economische situatie in de loop van de 20e eeuw voedseldeficiënties en infectieziekten een afnemende betekenis hebben gekregen<sup>2</sup>. Deze ziekten, die een duidelijke relatie met armoede ver-

**J. C. van Es**  
 Accent op GVO

toonden, rechtvaardigden een populatieonderzoek, waarvan niemand werd uitgezonderd; Offord noemt argumenten hiervoor<sup>3</sup>: men vermijdt stigmatisatie van bepaalde groepen; door het verzamelen van epidemiologische gegevens kan men een bijdrage leveren tot het nemen van adequate algemene maatregelen. Toename van de welstand, hygiënische maatregelen en niet in de laatste plaats de hulp van huisarts en specialist die voor iedereen toegankelijk werd creëerden een situatie waarin bleek dat ook het individuele onderzoek door schoolartsen slechts een geringe opbrengst opleverde<sup>4</sup>, hetgeen ook door De Winter en Uithof wordt gesteld. Die gunstige situatie geldt echter niet voor ieder kind. Er zijn kinderen die een verhoogd risico dragen. Kuiper maakt een helder onderscheid tussen verschillende soorten risico's<sup>5</sup>: gekoppeld aan de levensfase (bijvoorbeeld kleuterleeftijd), categorie (bijvoorbeeld etnische minderheid), aangeboren of verworven eigenschappen (bijvoorbeeld CARA), incidentele situatie (bijvoorbeeld echtscheiding ouders); het gaat daarbij niet in de laatste plaats om mentale problemen. Kornberg en Caplan onderscheiden de volgende categorieën risicofactoren waarmee rekening moet worden gehouden<sup>6</sup>: genetische factoren, gevolgen van zwangerschap en bevalling, prematuritas, congenitale afwijkingen, acute en chronische ziekten en ziekenhuisopnamen, armoede en culturele deprivatie, problemen op school, gezinsproblemen, psychiatrische ziekten bij de ouders.

Kinderen met een verhoogd risico verdienen bijzondere aandacht. Het herkennen van kinderen met een verhoogd risico vergt van jeugdartsen echter een aanzienlijke voorkennis van de gezinssituatie, de levensomstandigheden en voorafgaande ziekten. Degenen die dergelijke gege-

vens doorgaans kennen zijn de huisartsen: door hun ervaringen met reeds opgetreden ziekten, de kennis van de levensloop van een kind en van de gezins- en levensomstandigheden. De vraag doet zich voor of op grond van dit gegeven de individueel gerichte jeugdgezondheidszorg, vooral ten behoeve van risicokinderen, niet beter kan worden toegekend aan de betrokken huisartsen. Hieraan gekoppeld is de vraag of een deel van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, voor zover deze individueel is gericht en voor zover deze aan bestaande ziekten of storingen in de gezondheid is gerelateerd, niet in die hulpverlening moet worden geïntegreerd. De jeugdarts zou dan voor huisarts een consultatieve functie kunnen vervullen, terwijl hij of zij zich verder volgens klassieke sociaal-geneeskundige regels kan bezighouden met de gezondheid van groepen mensen, dus in het bijzonder met de gezondheidszorg op school.

Er valt veel voor te zeggen in die situatie het accent vooral op de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te leggen en niet meer op het onderzoek van het individu. De jeugdarts kan dan tevens raadgever zijn van het onderwijzend personeel. En, om nog een stapje verder te gaan: kunnen jeugdartsen dan niet tevens als docent optreden en als zodanig de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het lesprogramma integreren? Of worden zij dan concurrenten van degenen die de nieuwe opleiding in de algemene gezondheidszorg hebben gevolgd?

1. Pijnenburg-Dewez LEGM. Jeugdgezondheidszorg. Medisch Contact 1984; 39: 445-6.

2. Brouwer LJ, Zielhuis GA. De functie van periodiek geneeskundig onderzoek van primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. In: Sturmans F (red). Verkenningen in de sociale geneeskunde. Nijmegen: Dekker en Van der Vegt, 1981.

3. Offord DR. Primary preventions; aspects of program design and evaluation. J Am Acad Child Psychiatry 1982; 21, 1: 225-30.

4. Rusbach HW (red). Proefonderzoek naar het effect van jeugdgezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1971; 49: 606-12.

5. Kuiper JP. Het zal ons een zorg zijn. Assen/Amsterdam: Van Gorcum, 1975.

6. Kornberg M, Caplan G. Risk factors and preventive intervention in child psychopathology; a review. J of Prevention 1980; 2: 71-127.