

# Verpleging van die Pasgebore baba

A.M. Reynecke G.A.V., G.Vr., G.G.V., G.Sd.  
Senior Suster, H.F. Verwoerd-Kraamhospitaal, Neonaat-eenheid

## SUMMARY

A practical stepwise approach to the prevention and management of the commoner immediate problems of the neonate are discussed.

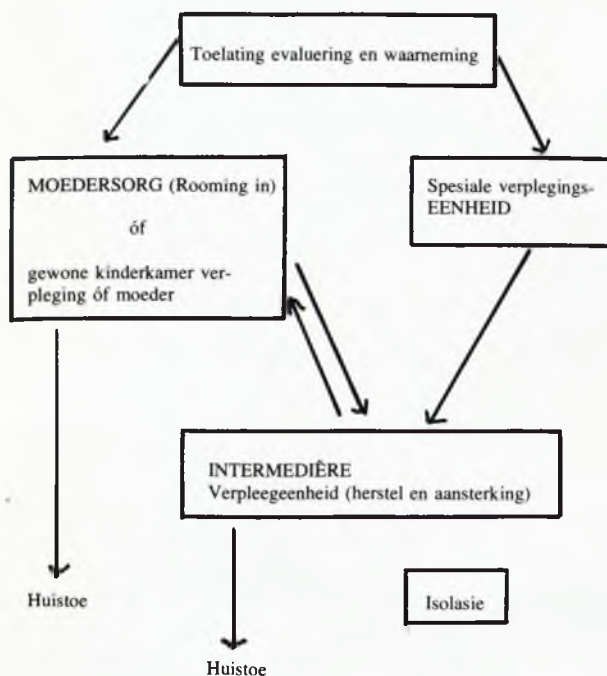
Emphasis is placed on mother and baby bonding, which should never be overlooked during nursing management.

A suggested feeding regime, guidelines to fluid balance, temperature control and respiratory monitoring are described.

**D**AAR is soveel literatuur oor die verpleging van die pasgebore baba dat ek gaan poog om in hierdie artikel slegs 'n paar beginsels of riglyne uit te lig in die verpleging van die pasgebore baba.

Die toestand van die baba by geboorte sal bepaal watter optrede, in volgorde van lewensreddende belangrikheid, gevolg sal word.

**EERSTENS:** In watter verpleegeenheid daar die beste in sy bejdhoefte voorj-sien kan waard. Skematies is die volgende eenhede beskikbaar.



**TWEEDENS:** geniet die volgende aspekte afhange van prioriteite, aandag

— 'n opnamevorm vergesel die baba waarin alle gegewens opgeteken is ten opsigte van die geskiedenis van die moeder en die pasgebore baba.

— identifikasie van die baba word in besonderhede gekontroleer moet die gegewens op die opnamevorm.

— die baba se massa word bepaal, skedel- lengtemate word geneem, vitale observasies word gedoen, konakion (vitamien K) word toegedien en die baba se bloedsuikerwaardes word bepaal

— 'n volledige fisiese ondersoek van die baba word gedoen vir opsporing van enige abnormaliteite

— die umbilikus word observeer vir bloeding en vir die aantal bloedvate teenwoordig. Die umbilikus word behandel met 90% gerektifiseerde spiritus.

Vanweë die omvang van die onderwerp word slegs die volgende aspekte uitgelig wat van belang is in die verpleging van die pasgebore baba.

## 1. INSTANDHOUDING VAN VOGBALANS

“Moedersmelk is die natuurlike spesifieke voedsel vir die baba en die natuurlike metode vir die baba om hierdie melk te verkry is om dit uit die bors te suig” (2 p 132). Die beginsel waarop die vroedvrou haar benadering en optrede in die verband grond is dat elke baba geregtig is op dit wat die beste voordele vir hom of haar inhou. Heel dikwels kry die baba juis vanweë die motiverende rol van die vroedvrou die geleentheid om geborsvoed te word.

'n Borsvoedingsprogram en borsvoedingsuster se aandeel in die bevordering van borsvoeding is onbetwisbaar. Nogtans is dit die taak van ELKE vroedvrou as gesondheidsvoorligter om te verseker dat die baba net die beste kry. Die voordele van en hoe om borsvoeding te bewerkstellig word in 'n artikel in hierdie uitgawe bespreek.

Dit dien egter vermeld te word dat brouersgistablette, ongeveer 9 per dag, en Eglonyl (volgens geneesheerse voorskryf) 'n doeltreffende teenvoeter mag wees vir kwynende produksie van moedersmelk.

Daar is egter sekere gevalle waar borsvoeding nie moontlik is nie vanweë teenaanduidings by die moeder en/of die baba. In hierdie gevalle word daar in die baba se behoeftes voorsien by wyse van kunsvoeding.

Die eerste oorweging by die beplanning vir kunsvoeding is die berekening van die totale vogbehoefte van die baba aan die hand van die aanduidings in die volgende tabel:

**TABEL I**

Tabel vir die berekening van die totale vogbehoefte van die baba

DAG	HOEVEELHEID PER KILOGRAM LIGGAAMSMASSA PER 24 UUR
1	30 ml
2	60 ml
3	90 ml
4	120 ml
5	150 ml
6	180 ml
7 en daarna	200 ml

Nadat die totale vogbehoefte bereken is, kan dit op die volgende wyses toegedien word:  
 parenteraal per binne-aarse infuus  
 enteraal per bottel of buis  
 beide parenteraal en enteraal met die verstandhouding dat die totale vogbehoefte nie oorskry word nie.

Elk van hierdie benaderings sal vervolgens kortliks bespreek word —

**\*Parenterale voeding**

Die tipe vog wat binne-aars toegedien word, word voorgeskryf deur 'n geneesheer en kan onder ander één van die volgende wees. 5% — 10% Dekstrose, elektrolietmengsels, hiperalimentasie, ensovoorts.

Die baba moet beskerm word teen beide dehidrasie en oorhidrasie.

Daarom is daaglikse hersiening van die vogbehoefte, aantekening van die hoeveelheid vog ingeneem en uitgeskei en die evaluering van die indruppelings tempo van die uiterste belang. Die uitskeiding kan bepaal word deur

— berekening van die massaverskil van die doeke en linnebeskermers voor gebruik en na urinering

— gebruikmaking van 'n 24 uur urinesakkie — vanweë die moontlikheid van velirritasie word so 'n sakkie egter nie langer as 24 uur aan gelaat tensy daar vooraf stomapleisters aangewend word nie.

— die rekordhouding van elke nat doek sonder berekening van hoeveelheid geurineer — dit is hoewel 'n minder akkurate metode nogtans effektief.

Die volgende tabel kan as 'n riglyn gebruik word om vas te stel of die volume urine-uitskeiding binne normale perke beskou kan word.

**TABEL II**

DAG	VOLUME ML.	TOELAATBARE WISSELING ML.
1	20	0 — 68
2	21	0 — 82
3	36	0 — 96
4	65	5 — 180
5	103	1 — 217
6	125	42 — 268
7	147	40 — 302
10	190	106 — 320
12	227	207 — 346

Die area waar die infuus in werking gestel is moet noukeurig waargeneem word vir lekkasie, tekens van ontsteking en swelling. Die teenwoordigheid van enige van genoemde afwykings is 'n indikasie vir onmiddellike staking of verandering.

**\*Enterale voeding**

Die volgende tipes voeding kan deur middel van hierdie metode toegedien word

— **Bottelvoeding:**

● **Sterielewater.** Dis veiliger om as eerste voeding, sterielewater te gebruik vanweë die gevare van aspirasie. Hierdie voeding word binne die eerste drie uur na geboorte gegee.

● **Moedersmelk.** Daar is geen plaasvervanger wat met moedersmelk vergelyk kan word nie. As die baba nie kan suig nie byvoorbeeld die vroeggebore baba of die baba wat slaperig is as gevolg van die moeder se gebruik van Valiums tydens haar swangerskap, moet uitgedrukte moedersmelk aan die baba gegee word. Uitmilk van die moeder stimuleer terselfdertyd melkproduksie.

● **Kunsvoeding.** Daar word 'n verskeidenheid melkprodukte vir babas bemark. Dit is belangrik om in ag te neem dat 'n soet kunsvoeding die hervatting van borsvoeding bemoeilik. Die inhoud en verhoudings van voedingstowwe in die sogenaamde gehumaniseerde poeiermelk word so na as moontlik aan die van moedersmelk berei en word meestal gebruik.

As die baba op die wyse gevoed word is dit van kardinale belang dat die moeder of die verpleegkundige die baba fisies sal hanteer — sal vashou. As die baba in die broeikas is en sy/haar toestand dit toelaat moet die baba warm toegedraai word en uit die broeikas gehaal word vir die voedingssessie. Hierdie fisiese kontak word vandag al hoe meer beskou as essensieel vir die baba omdat die baba vir sy ontwikkeling nie net voeding nodig het nie maar ook liefde. Hierdie kontak kan bewerkstellig word deur van 'n moeder-plaasvervanger in die persoon van die verpleegkundige gebruik te maak.



“’n Vroeë hegte verbintenis tussen moeder en baba is van die allergrootste belang. Verlengde skeiding tussen moeder en baba kan ’n bydraende oorsaak wees tot die volgende:

kindermishandeling; gedragsprobleme; gebrekkige vordering; oordrewe besorgdheid van ouers.” (2 p 111)

Indien die baba in die pediatrie-eenheid moet agerbly na ontslag van die moeder moet sy gemotiveer word om op voorafbepaalde voedingstye na die hospitaal te kom om die voeding van die baba self waar te neem.

Professor A.J. Rudolf — pediater in neonatologie by Texas Women’s Hospital huldig die beskouing dat die ouer-baba verhouding en die ontwikkeling van geborgenheids-belewing by die baba versterk kan word deur die moeder aan te moedig om die baba in die eenheid te voorsien van sy/haar eie kleertjies en van bandopnames wat tuis opgeneem is waarop sy en die vader met die baba gesels of vir hom/haar liedjies sing. Hierdie opnames word gebruik om by die afwesigheid van die moeder en/of vader in die wieg, of selfs in die broeikas aan die baba voor te speel.

#### **\*Buisvoeding:**

Bovermelde drie tipes voeding kan ook deur middel van naso-gastriese buis toegedien word.

Daar kan van die volgende buisvoedingsmetodes gebruik gemaak word —

##### **(i) “aanhoudend:**

melk word in steriele vakoliterbottels van 150 ml voorberei. Die bottel word bokant die broeikas gehang, nadat dit aan die nasogastriese buis met ’n indruppelingsstel gekoppel is. Die vloeispoed word deur ’n aanhoudende infuuspomp beheer.

Vakoliteras word elke 6 uur vervang en die indruppelingsstel word elke dag vervang. Nasogastriese buise word elke derde dag vervang.

##### **(ii) Die melk word in steriele vakoliterbottels van 150 ml voorberei. Die bottel word gekoppel aan ’n Plexitron gekontroleerde volume-eenheid wat bestaan uit ’n reeks plastiese sakkies van 10 ml wat met mekaar verbind is.**

Die sakkies word met die voeding gevul en ’n klem word elke uur bokant die laaste sakkie geplaas sodat tot 10 ml melk in die baba se maag kan invloei oor die verloop van 10 minute.

’n steriele plastiese of glas tregter (of spuit) kan vir babas wat op 3 uurlikse voedings is, gebruik word. Die tregter word aan die nasogastriese buis gekoppel en met melk uit ’n bottel gevul. Die voeding word deur middel van swaartekrag toegelaat om in die maag te vloei oor ’n periode van 5 tot 10 minute.

#### **Die Posisie Van Die Baba**

(a) ’n Baba wat aanhoudende voeding ontvang, kan op ’n plat oppervlakte op sy maag of rug lê. Die baba wat onderbroke voeding ontvang, behoort met die koppie hoër as die maag te lê. Dit kan gedoen word deur die broeikasmatras by die kopponent te lig. Die baba wat in ’n wiegie verpleeg word kan buisvoeding op die verpleegkundige se skoot ontvang” (2 p 310).

#### **Massabepaling As Evalueringsmaatstaf Vir Instandhouding Van Vogbalans**

Vir doeltreffende evaluering van vordering word die baba

se massatoename bepaal. Daar moet in gedagte gehou word dat 5 — 8% van hulle geboortemassa gedurende die eerste 3 — 5 dae verloor. Daarna neem hulle gemiddeld 15 — 20 g per dag in massa toe. Deur die baba se massa elke tweede dag te bepaal kan vasgestel word of daar wel ’n toename in massa is. ’n Groter afname in massa word gewoonlik gevind by babas wat borsvoeding kry maar herwin dikwels voor kunstmatigegevoede babas hulle geboortemassa. In dié verband sê Keet, Shore en Harrison —

#### **“Rapporteur:**

massa verlies gedurende die eerste paar dae van meer as 5 — 8% van geboortemassa.

Enige massaverlies na die eerste 4 — 5 dae.

Gebrekkige massatoename

Te vinnige massatoename (kan deur edeem veroorsaak word)” (2 p 109)

Indien daar ’n gebrekkige massatoename is beveel bogenoemde geneeshere aan dat 3 ml van ’n 4% oplossing natriumbikarbonaat by 100 ml melk gevoeg word.

## **2. INSTANDHOUDING VAN LIGGAAMSTEMPERATUUR**

Die pasgebore baba se termo-beheer is ontoereikend daarom is alle verpleegkundige handeling gerig op die handhawing van die pasgebore baba se liggaamstemperatuur wat wissel van 36.5° — 37°C.

Bogenoemde word bewerkstellig deur:

#### **\*Voorkoming van afkoeling:**

Die temperatuur in die kraamkamer en eenheid moet tussen 23 — 24°C wees. Net nadat die baba gebore is word hy of sy toegedraai in ’n vooraf verhitte droë handdoek en in ’n vooraf verhitte wiegie of broeikas geplaas. Indien die baba in ’n wiegie geplaas word, moet daar sorg gedra word dat die koppie goed bedek is omdat verhoudingsgewys die meeste hitte verlies hier plaasvind.

Daar kan ook gebruik gemaak word van ’n mobiele verwarmingsapparaat waar die temperatuur van die baba in stand gehou word deur ’n veelkrode of ’n rektale elektrode aan die baba te koppel. Die apparaat kan gestel word om die verlangde temperatuur te verskaf. Dis noodsaaklik dat die elektrodes effektiewe kontak sal maak, om die opdoen van brandwonde by die baba te voorkom.

’n Aluminiumfoelie-kombers kan gebruik word vir die voorkoming van hipotermie.

#### **\*Voorkoming van oorverhitting**

Oorverhitting kan net so noodlottig wees as afkoeling. By die voorkoming van oorverhitting word die baba se liggaamstemperatuur as norm gebruik, en nie die broeikas se temperatuur nie. Die algemene mening dat die broeikas-temperatuur konstant 32°C moet wees, is foutief. Die baba wat onder ’n fototerapielamp verpleeg word, kan as voorbeeld dien. Alhoewel die broeikas-temperatuur ’n lesing gee van 32°C kan die baba se temperatuur bokant 37°C wees vanweë die hitte-uitstralings-effek van die fototerapielamp.

By die gebruik van die baba se liggaamstemperatuur as norm kan die volgend tabel as riglyn dien in die bereiking van optimale broeikaslugtemperatuur:

TABEL III

Massa van baba	Verlangde liggaams-temperatuur	Gemiddelde broeikas-temperatuur	Toelaatbare wisseling
0.500 kg	37°C	35,0°C — 35,5°C	0,5°C
1.000 kg	37°C	34,2°C — 34,9°C	0,5°C
1.500 kg	37°C	33,6°C — 34°C	0,5°C
2.000 kg	37°C	33,3°C — 33,5°C	0,5°C — 0,7°C
2.500 kg	37°C	33,1°C — 33,2°C	0,8°C — 0,9°C
3.000 kg	37°C	32,9°C — 33°C	1,0°C — 1,1°C
3.500 kg	36,5°C	32,8°C	1,2°C — 1,3°C
4.000 kg	36,5°C	32,6°C — 32,5°C	1,4°C

Die verpleegkundige evalueer die baba se liggaams-temperatuur met 'n laag-lesende termometer. Die temperatuur word die eerste keer rektaal geneem (om onder andere te verseker dat die anus oop is). Die daarop volgende lesings word per oksel geneem op tye volgens die baba se toestand en die dokter se voorskrif.

### 3. INSTANDHOUDING VAN ASEMHALING

“Normale babas haal gewoonlik binne 30 sekondes na geboorte asem. Dikwels is dit nie nodig om hulle lugweë met suiging te suiwer nie.” (2 p 92). Indien suiging egter wel benodig word, word die mond, die posterior farinks en neus daardeur gereinig. Daar kan ook 'n nasogastriese buis tot in die maag passeer word. Terwyl die buis stadig teruggetrek word, word dit heen en weer tussen die vingers gerol. Afsuiging moet versigtig gedoen word om refleks-apnee en beskadiging van die slymvlies te voorkom.

Die normale asemhalingspoed van 'n pasgebore baba wissel tussen 40 — 50 per minuut.

“Respiratoriese versaking kan op asfiksie neonatorum volg of dit kan na geboorte ontstaan” (2 p 240), daarom is die neem van 'n volledige geskiedenis van die moeder en die aantekening van waarnemings van die verloop van die baringsproses van die uiterste belang.

Die baba se respiratoriese behoeftes manifesteer onder andere as volg en moet dadelik gerapporteer word: tagipnee, ribresessie en sternale retraksie, ekspiratoriese steun, sentrale sianose (van die tong) en stadige onreëlmatige asemhaling of apnee.

Die verpleegkundige kan die siektetoestande nie voorkom nie, maar deur noukeurige waarnemings en doeltreffende, akkurate antispering kan sy drasties ingryp en deur haar kundige, effektiewe optrede verhoed dat die toestand noodlottige gevolge het. “Wees paraat!” Moet haar wagwoord wees, d.i. haar kennis en vaardigheid moet van hoogstaande standaard en tegnologiese hulpmiddele tot haar beskikking moet volledig en in puik werkende toestand wees.

Daar word hier onder andere na die volgende apparaat verwys

- noodtrollie
- suurstofoedieningsapparaat soos
- steriele tregter
- nasofaringeale kateter
- endotracheale buise (in die regte lengte gesny volgens die massa van baba)
- Sampson Blease-resussitator
- Suurstofkappie met suurstofbepaler “suurstof word in 'n perspekkappie wat oor die baba se kop geplaas is, ingelei” (2 p 383)

- aanhoudende positiewe lugweëdruk (CPAP — Continuous Positive Airway Pressure)
- Onderbroke positiewe-druk-ventilasie.

Noukeurige waarnemings van hart- en asemhalingspoed moet halfuurliks gedoen word.

Die konsentrasie suurstof wat aan die baba toegedien word, word deur sy bloedgasse en volgens geneesheer se voorskrif bepaal. Om ten alle tye te verseker dat die suurstof-terapie toereikend is, moet die baba se lugweë skoon en oop gehou word. Dit word bereik deur gereelde bronchiale toilet en fisioterapie.

### 4. BESKERMING VAN DIE PASGEBORE BABA

Hieronder val die uitskakeling van alle mediesgeregtelike risiko's, waarvan daar talle bestaan, waarteen die baba beskerm moet word. Die spreekwoordelike ‘voorkoming is beter as genesing’ moet die leuse wees van elke verpleegkundige.

● **Voorkoming van infeksie:** Die pasgebore baba is baie vatbaar vir infeksie, daarom moet daarteen gewaak word dat die baba nie onnodig daaraan blootgestel word nie. Voorkomingsmaatreëls sluit onder andere die volgende in:

— strenge nahu van die basiese beginsels van higiëne en asepsis. Aspekte vir oorweging is onder andere die volgende

- alle moeders wat gedurende die swangerskap 'n infeksie het moet behandel word;
- in gevalle van rubella moet die teenliggaam-titer bepaal word;
- immunisasie van laerskooldogters teen rubella;
- van moeders wat vroeë ruptuur van vliese gehad het se babas se eerste maagsap, neus en keelafskeidings en bloed moet daar monstere na die laboratorium gestuur word vir kweking;
- die profilaktiese behandeling van die pasgebore baba se oë met 5% Argylol en die uitspoel van die ogies na 5 minute met steriele normale soutoplossing;
- die maandelikse neem van deppers van personeel, appaarate en toerusting vir kweking in die laboratorium;
- die kook (vir minstens 10 minute) of autoklaaf van voedingspene is 'n belangrike voorsorgmaatreël teen infeksie;
- die rapportering en neem van deppers vir laboratoriumkweking by die geringste aanleidings van oppervlakkige infeksie (byvoorbeeld rei naelstomp vel pustulus, purulente oogafskeiding) of gesetelde infeksies (byvoorbeeld diarree, braking, lusteloosheid, prikkelbaarheid).

In die eenheid waar die skryfster werksaam is, is gevind dat neonatale urienweë infeksie 'n groot oorsaak is van



gebrekkige massatoename, lusteloosheid en prikkelbaarheid. Daarom is dit roetine in die eenheid dat waar genoemde simtome presenter, urinemonsters versamel en vir ondersoek gestuur word.

- aangesien alle personeel (verpleegkundiges en geneesher) en ouers se hande waarskynlik die grootste bron in die verspreiding van infeksie, is, is handewas voor kontak die wagwoord in die bekamping van infeksie.

#### \* Voorkoming van besering

Die baba se vel is baie gevoelig en moet daarom beskerm word teen besering met byvoorbeeld naels, ringe en horlosies, growwe kledingstukke en die irritasie daarvan met nat, besoedelde doeke.

#### \* Beskerming teen onverantwoordelike ouers

Dit mag kras of vergesogd klink dat die baba in die kraamhospitaal of neonaat-eenheid teen sy ouers beskerm moet word. Daarom is dit so noodsaaklik dat die gesinsgeskiedenis en omstandighede noukeurig opgeneem, nagegaan en opgevolg moet word.

'n Aanmeldingsvorm waarop die verpleegkundige gegewens of selfs haar vermoedens verstrekk word aan die maatskaplike werkster oorhandig wat dan die moeder terwyl

sy nog in die hospitaal is of tydens besoek aan die baba en, indien nodig, selfs tuis opvolg.

Die eenheid waarin die skryfster werksaam is maak gebruik van plaaslike owerheid se verpleegkundiges om na ontslag van die baba opvolgwerk by al die babas te doen.

Hierdie verpleegkundiges word deur die eenheid van alle hoë risiko-gesinne of babas, wat spesiale waarneming of aandag vereis, verwittig.

Die vroedvrou of verpleegkundige is onvervangbaar in die verpleging van die pasgebore baba — aan hulle behoort die verantwoordelikheid vir hoë kwaliteit verpleegsorg.

Hierdie kwaliteit verpleegsorg kan gesien word as 'n sosiale belegging want die baba van vandag is die landsburger van môre.

#### LITERATUURLYS

1. Cockburn F. en Drillieu C.M.: Neonatal Medicine, J.P. Lippincott Company, 1974.
2. Keet, M.P., Shore, S.C.L., Harrison, V.C.: Die pasgebore baba. Tweede uitgawe. Juta en Kie, Beperk. Kaapstad, 1978.
3. Prof. Rudolf, A.J.: (Pediater Neonatologie by Texas Women's Hospital). Tydens 'n lesingsbesoek aan die H.F. Verwoerdkraamhospitaal.

#### Die Gestremde Leerling (vervolg van bladsy 7)

Dit word onderskryf dat die kleuterjare van die kind bepalend is vir sy vorming, vir die ontwikkeling van verbeeldingryke denke en vir die opbou van gesonde basiese begrippe deur die daarstelling van geleenthede en ervaringsmoontlikhede.

In die voorskoolse ontwikkelingsperiode vind leer op 'n natuurlike spontane en dikwels insidentele wyse plaas. Die kind leer deur sy spel, deur nabootsing, deur die gesprek, deur self te eksperimenteer en te eksploreer.

Waar die gestremdheid van 'n kind 'n remmende invloed uitoefen op sy natuurlike ontwikkeling kan dit baie nadelige gevolge hê vir sy toekomstige sukses.

Nêrens kom dit meer duidelik na vore as in die studie van die Serebraalgestremde. Hieruit blyk dit dat hy ervaringsarm is weens sy voortdurende hospitalisasie, erge sensoriese gestremdhede deur sy onvermoë om te loop (as sy mobiliteit ook aangetas is) en deur afsondering en oorbekerming van swakingelike ouers.

Daar rus dus 'n groot taak op die spesiale skole wat vir die gestremde gestig is. Hier moet die gestremde leerling en dikwels ook sy ouers, die leiding en hulp ontvang om hom so te habiliteer of te rehabiliteer dat hy as selfstandige die lewensal kan betree.

Die aard en omvang van die gestremde moes dus baie noukeurig nagegaan en geïdentifiseer word. Gestremdheid is 'n baie wye begrip, want dit sluit onder andere in:

- (1) Die liggaamlikgestremdes soos neurologiesgestremdheid, traumatiese paraplegie en kwadriplegie, muskulêre distrofie, die ortopedies gestremdes wat byvoorbeeld 'n arm of been verloor het, ensomeer.
- (2) Die visueelgestremdes soos swaksiendes en blindes.
- (3) Die gehoorgestremdes en dowe persone.
- (4) Spraakgestremdes, dit wil sê kinders met spraakprobleme soos afasie.
- (5) Die opvallende atipiese persoon.
- (6) Die verstandelikvertraagde.

Vir al hierdie soortige gestremdhede word spesiale onderwysfasiliteite voorsien. Die taak word soms nog meer kompleks aangesien die gestremdheid dikwels nie as 'n suiwer enkel faktor manifesteer word nie. Daar kan by een persoon veelvuldige probleme bestaan wat dan veroorsaak dat onderskei moet word tussen die leerling se primêre en sekondêre gestremdhede. 'n Serebraalgestremde kan byvoorbeeld ook nog aan epileptiese aanvalle ly en/of 'n spraakprobleem besit ensomeer.

Wanneer onderwysfasiliteite geskep word is dit noodsaaklik om te weet hoeveel kinders met 'n besondere gestremdheid daar is wat spesiale onderrig vereis. Hierdie is 'n eksklusiewe onderwys want vir 'n klein groepie leerlinge moet daar 'n onderwysere(es) aangestel word wat spesiale opleiding geniet het in dié besondere rigting. Daar word ook fisioterapeute, arbeidsterapeute, spraakterapeute, sielkundiges, kleuter-onderwyseresse, 'n verpleegster en medici benodig.

Mediese dienste word benodig en veral ortopediese dienste wat insluit ortopediese apparaat en en hulpmiddels. Verder is daar 'n behoefte aan toerusting, vervoergeriewe, koshuisgeriewe, matrones en werksmense.

Dit is dus te begrype dat die koste aan so 'n wye onderwysprogram van die duurste in die land sal wees (tans meer as R4 000 per kind per jaar).

Om te slaag in die onderwys van die gestremde leerling is dit nodig om dit as 'n opvoedingstaak aan te pak. Opvoeding in die skool staan in noue kontak met die opvoeding tuis. Die geborgenheid wat voorvereiste is vir die huislike opvoeding is ook 'n vereiste vir die opvoeding in die skool. Die geborge kind weet dat hy waarde besit en dat sy waardigheid erken en respekteer word. Deur hierdie besef ook by die gestremde kind tuis te bring sal hy instaat wees om 'n gesonde selfkonsep op te bou sodat hy, niesteenstaande sy gestremdheid, die lewenseise die hoof sal kan bied en sy plek as selfstandige volwassene kan volstaan.