

De NVK en de Jeugdgezondheidszorg 1977 – 1992

“Een persoonlijke notitie”

Dr. G.J. Vaandrager, kinderarts

Oktober 2015

| | | |
|------|--|----|
| I. | Beleidsnota Kindergeneeskunde I (1977) | 2 |
| II. | Het NIPG | 3 |
| III. | Het gezamenlijk NIPG-onderzoek (1977-1992) | 5 |
| IV. | Beleidsnota Kindergeneeskunde II (1992) | 17 |
| V. | Na 1992 en Hoe nu verder? | 27 |
| | Noten | 29 |

1977-1992: 'Jeugdgezondheidszorg', 'Sociale kindergeneeskunde' en 'Psychosociale kindergeneeskunde' hebben elkaar nodig

En

1977- 1992: Een NVK-Inhaalslag aan Sociale en Psychosociale kindergeneeskunde, leidend tot meer preventieve en extramurale taken.

G.J. Vaandrager, oktober 2015, nog actuele geschiedenis

I. Beleidsnota Kindergeneeskunde I (1977)

Tussen 1977 (NVK-Beleidsnota I) en 1992 (NVK-Beleidsnota II) vond een Inhaalslag plaats aan Sociale en aan Psychosociale Kindergeneeskunde. Dit was van betekenis voor de uitvoering van de taak van de kinderarts in die en de volgende jaren. 1)

Het initiatief tot Beleidsnota I, 'een bundel rapporten over de ontwikkeling van de kindergeneeskunde in Nederland anno 1977', was van dr. G.A. de Jonge (1924-2015), voorzitter NVK 1971-1976. Postuum wordt dit artikel aan hem opgedragen.

Blijkens die Nota had de Jonge duidelijke ideeën over het onderzoek ervoor: Het was een werk van velen: "Persoonlijke inleidingen, speciale commissies, zoals de Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde, SSPK), weekends in Oosterbeek (1973) en in Zeist (1975), rapporten en ledenvergaderingen, mondden uit in de Nota, welke in de NVK werd "gewogen, besproken, verwerkt en gewijzigd." 2) Als motto gaf De Jonge mee: 'What is pediatrics?' 3)

Voor de uitvoering van de Nota werd De Jonge in 1977 hoofd van de sector Jeugd van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (NIPG), tot 1980. In dat jaar werd hij benoemd tot hoogleraar aan de VU, *Curatief en preventief*. In 1978 werd dr. G.J. Vaandrager, kinderarts, verzocht het NIPG-team te versterken. Tot 1989 werkte deze er als Staf lid Jeugd. In dat jaar werd hij als hoofd van de sector opgevolgd

door dr. Pauline Verloove-Vanhorick. Vanaf 1994 was zij hoogleraar RUL, *Preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen*. Van 2005-2008 was zij voorzitter NVK.

II. Het NIPG

Het initiatief tot de oprichting van het NIPG werd in 1929 genomen door twee Leidse hoogleraren: de kinderarts E. Gorter en de oogarts/geneticus J. van der Hoeven. Zij waren tot de conclusie gekomen “dat het gangbare wetenschappelijk onderzoek bij patiënten wel de curatieve mogelijkheden van de geneeskunde vergroot, maar dat daarnaast meer hygiënisch gerichte activiteit nodig is om het ontstaan van ziekten te voorkomen en vroegtijdige herkenning en behandeling van ziekten te bevorderen.” 4)

Via het Profylaxefonds, later Preventiefonds, kwam het instituut in 1960 bij de Gezondheidsorganisatie TNO. F. Doeleman, hoogleraar Sociale Geneeskunde, lichtte dit in 1969 als volgt toe: “Delen anthropogenetica, virologie, demografie, epidemiologie, statistiek, groei en ontwikkeling bij jeugdigen, ook veel beleidsonderbouwend onderzoek, werden en worden hier ontwikkeld en verspreid over het land. Naast onderzoek werd onderwijs ontwikkeld en onderhouden. Onderwijs, met research, dé basis voor elke ‘school of public health’.” En hij eindigde zijn artikel met: “Indien de medewerkers van het NIPG er in zullen slagen wegen te vinden voor werkelijke interdisciplinaire samenwerking van artsen, fysici, chemici, technici en gedragswetenschappelijke onderzoekers in researchprojecten, dan zullen zij een geweldige bijdrage tot de gezondheid en de gezondheidszorg in het komend decennium kunnen leveren.” 5)

Vanaf 1953 werd de sector Jeugd van het Instituut belangrijk voor de gezondheidszorg voor jeugdigen met de komst van Prof. dr. J.H. de Haas als hoofd van de afdeling Sociale Hygiëne. Zijn

doelstelling was: “Het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen, “ en “De moderne kinderhygiëne heeft niet meer als voornaamste (negatieve) taak de bestrijding van ziekte en sterfte, maar heeft zich een positief doel gesteld: actieve benadering van de gezondheid van het kind.” 6)

Bij de Nederlandse hoogleraren kindergeneeskunde in die jaren was De Haas niet welkom. Verschil in visie wat betreft de Indonesië-politiek zou hiervan een oorzaak zijn. Met zijn groep ontwikkelde hij research in drie onderling samenhangende gebieden: epidemiologie, groei en ontwikkeling, en evaluatie van kinderhygiënische activiteiten. Hij stichtte daarmee een eigen ‘school’. In die jaren is waarschijnlijk de benaming ‘jeugdarts’ ingevoerd. Aan zijn woorden: “Preventie is niet mogelijk zonder kennis van de kliniek” werd bij de opleiding tot jeugdarts weinig toegekomen. 7)

Op het kompas van deze groep ontwikkelde zich de georganiseerde Jeugdgezondheidszorg in Nederland. Als personen daarbij noem ik: Flora van Laar, jeugdarts, Betteke (E.A.) Schlesinger-Was, jeugdarts, dr. H.P. Verbrugge, jeugdarts en dr. J.C. van Wieringen, jeugdarts en kinderarts. Zij baseerden zich op het Rapport ‘*Jeugdgezondheidszorg, inhoud en uitvoering*’ van de Commissie Jeugdgezondheidszorg van de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne (1972, red. W.M. van der Meeren, jeugdarts). 8)

Na het vertrek van De Haas, en van meerderen van de genoemden in 1967, volgde een minder actieve tijd. Het Instituut ontkwam ook niet aan de golf van ‘democratisering’ en onrust van die jaren. De opleiding tot jeugdarts ging onverminderd voort. Bij de Nederlandse Vereniging Jeugdgezondheidszorg, sinds enkele jaren Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), waren in 2014 538 jeugdartsen ingeschreven.

III. Het gezamenlijk NIPG-onderzoek (1977-1992)

De naam van het NIPG veranderde in 1979 van ‘Nederlands Instituut voor Preventieve *Geneeskunde*’ naar ‘Nederlands Instituut voor Preventieve *Gezondheidszorg*’.

In zijn inaugurele rede stelde De Jonge dat in ons land preventieve en curatieve kindergeneeskunde ver uiteen gegroeid waren. 8) Prof. Visser onderstreepte dat in zijn recensie van een nieuwe druk *Nederlands Leerboek voor Jeugdgezondheidszorg*: “Door op deze wijze te redigeren is de vrijwel totale scheiding tussen de preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen in ons land ook in dit boek zichtbaar geworden. Het is de vraag of we hiermede op de goede weg zijn.” 9)

Een belangrijke oorzaak voor die scheiding was het tekort aan kinderartsen in het recente verleden, waarbij de directe curatieve zorg alle werkkraft opeiste. De opleiding tot kinderarts was in de eerste plaats ook op behandeling gericht.

Van Wieringen: “Het lijkt van belang dat in de toekomst tussen beide delen van de gezondheidszorg betere relaties tot stand komen, zoals dat ook in Engeland het geval is, waarbij de verbinding tussen ‘paediatrics’ en ‘child health’ is gehandhaafd, en waar door de National Health Service de ‘child health’ weer binnen de curatieve gezondheidszorg wordt geplaatst. Onze Britse collegae spreken daarom van Paediatrics and Child Health. In andere landen, toenemend ook in Nederland, wordt bij het preventieve werk van de kinderarts gesproken van Sociale kindergeneeskunde/ Sociale pediatrie.” 10)

De onderzoeksprojecten (1977-1992)

De gezamenlijk uitgevoerde onderzoeksprojecten in die vijftien jaren op het NIPG worden kort besproken:

a. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters.

Eén van de taken van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de systematische longitudinale begeleiding van de ontwikkeling van alle in zorg zijnde kinderen. Daartoe wordt op de CB's voor zuigelingen en kleuters gebruik gemaakt van het (herziene) Van Wiechen-onderzoekschema. Rekening houdend met enerzijds eisen van wetenschappelijke aard en anderzijds de beperkingen opgelegd door de situatie, werd door Betteke Schlesinger-Was, met steun van een deskundige Werkgroep, dit schema voor toepassing geschikt gemaakt. In overeenstemming met het verloop van de ontwikkeling ligt de klemtoon in het zuigelingenschema (0-15 maanden) vooral 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.

Een goed gebruik van het onderzoekschema kan alleen verwacht worden van geschoolde, goed-geïnstrueerde, CB-medewerkers. “Ondanks zorgvuldige introductie laat het gebruik van het schema na verloop van tijd in wisselende mate te wensen over, zowel ten aanzien van onderzoeksmethodiek en registratie als van beoordeling en interpretatie. Net als bij andere delen van het basispakket JGZ is blijvende ondersteuning nodig. Van primair belang is en blijft een gerichte deskundigheidsbevordering, in de vorm van een specifieke opleiding voor cb-artsen, die verplicht wordt gesteld, met ook regelmatige bijscholing. Het systematisch uitgevoerde ontwikkelingsonderzoek heeft er zeker toe bijgedragen dat de JGZ van 0– 4 jaar een aan de eisen van de tijd aangepaste invulling kreeg. Alle kinderen in Nederland worden in hun ontplooiing door een goed functionerend netwerk van consultatiebureaus begeleid. “ 11)

Bij het symposium ter gelegenheid van haar afscheid in 1987 getuigden vele jeugdartsen, neurologen, gedragswetenschappers,

en anderen, van het belang van het onderzoek. Er waren weinig kinderartsen, hoewel het symposium goed was aangekondigd. Velen van hen beschouwden het ontwikkelingsonderzoek op de CB's alleen als een zaak van de jeugdartsen werkzaam in de JGZ. Duidelijk is het ook 'sociale kindergeneeskunde'/'sociale pediatrie'.

b. Zijn aparte VTO-teams in de Nederlandse situatie gewenst?

Onderzoek hiernaar werd beginjaren tachtig door het Ministerie van WVC en de Landelijke Commissie VTO aan het NIPG verzocht. Uit inventariserend onderzoek onder de Nederlandse maatschappijen-kinderarts die bij VTO-teams betrokken waren, bleek dat er zeker meer samenwerking moet zijn tussen de verschillende organisaties en disciplines op dit gebied. Dat dit overal zou moeten resulteren in aparte teams, met aparte bureaus, kon uit het onderzoek niet worden geconcludeerd. Wél dat VTO, evenals het ontwikkelingsonderzoek op de CB's niet alleen tot de Jeugdgezondheidszorg behoort, maar zeer zeker ook tot de sociale kindergeneeskunde. Noemen wil ik het in die tijd goed functionerende VTO-team in Dordrecht, o.l.v. de kinderarts dr. Charlotte Nikolic-de Kruijff (1918-2015). 12)

c. Onderzoek verricht naar het rookgedrag door aanstaande moeders.

In samenwerking met de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Tussen september 1978 en november 1979 werd door 330 verloskundigen, verspreid wonend over heel Nederland, een reeks van hun cliënten systematisch ondervraagd naar het roken vóór, tijdens en na de zwangerschap. Bij 2381 van hen werden de gegevens compleet verkregen. Het aantal blijvende rokers bedroeg 39%. Geleerd werd door welke categorieën vrouwen het meest werd gerookt. Beseft werd dat individuele voorlichting in de zwangerschap door de verloskundige, de huisarts, de vrouwenarts, zeer gewenst is,

maar beslist onvoldoende. Dat er sprake is van een volksgewoonte, die algemene publiciteit ter correctie nodig heeft. P.H. Verkerk, arts, wetenschappelijk medewerker aan het NIPG, zou later op dit onderwerp promoveren. 13)

d. Preventie van verdrinking bij kleuters – Een nieuwe CB-taak

De kinderartsen G.A. de Jonge en G.J. Vaandrager kozen in 1980 voor sociaal-pediatriesch onderzoek naar verdrinking bij kinderen. Met onderzoek bij het Centraal Bureau voor Statistiek en een vragenlijst aan alle kinderartsen werd vooral bij jongetjes van 2 tot 4 jaar en bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst een hoge prevalentie aan verdrinking gevonden.

Onnodig veel kleuters sterven jaarlijks door verdrinking. Meer dan een kwart van alle verdrinkingen gebeurt rondom het huis, en meer dan de helft gebeurt doordat de kinderen uit het zicht waren geraakt. Verbetering is mogelijk door continu toezicht te houden op kinderen in de omgeving van water en de omgeving in en rond het huis veiliger te maken. Bij verschillende kleuters bleek ook onvoldoende zwemvaardigheid. (14). In ons waterrijke land, met continue immigratie, is het van belang epidemiologisch onderzoek op dit punt om de drie jaar te verrichten, zodat de kleuterbureauhoudende artsen bij hun voorlichting goede gegevens hebben. Lang kwam dat er niet van, omdat bovenstaand onderzoek zeer bewerkelijk is, en voor de jeugdarts nog moeilijker is door de kloof tussen de jeugdarts (die voorlicht) en de kinderarts, die de gevallen ziet. Sinds 1980 kon het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde (NCSK) de JGZ op dit punt behulpzaam zijn; zie hierna.

e. Sociaal Medisch Onderzoek Kinderen

Uit de eindjaren 1980 dateert het *Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen (SMOCK)*, ‘epidemiologisch onderzoek in de Jeugdgezondheidszorg tot 4 jarigen’, onder

leiding van de andragoloog W.Pieter Herngreen: een longitudinaal observationeel onderzoek van 2000 pasgeborenen, die tot hun tweede verjaardag werden vervolgd. Het doel, de taakstelling en de organisatie van de JGZ, in dit geval van de CB's, was vaker onderwerp van onderzoek, waarbij centraal staat het verlenen van preventieve sociaal-medische zorg ten behoeve van *elk* kind in Nederland. Het is van belang om van tijd tot tijd de werkzaamheden op de CB's na te gaan en vast te leggen. Het betrof puur JGZ-onderzoek. 15)

f. Het POPS-onderzoek

Het *Smock* werd gecombineerd met het *POPS-onderzoek* ('*Project Onderzoek Prematuturitas and Small for gestational age infants*'). Hoe is de ontwikkeling van de kinderen uit het grote Nederlandse onderzoek van ernstig premature en dysmature kinderen (onder leiding van dr. Pauline Verloove-Vanhorick) op hun tweede verjaardag?

Dit onderzoek werd primair uitgevoerd door J. (Doro)Thea Reerink, kinderarts. Voor de uitvoering bleek het Van Wiechenschema zeer geschikt. Voortzetting van het onderzoek bij deze populatie in de toekomst zal moeten uitwijzen of de kinderen waarbij op deze wijze nu een afwijkende ontwikkeling werd gesignaleerd, ook later tot de afwijkende behoren. Als gunstig nevenverschijnsel bleek dat een dagelijks systematisch nagaan van de ontwikkeling van jonge kleuters, zoals die door de jeugdarts op de CB's plaats vindt, een positieve invloed kan hebben op de werkwijze van de betrokken kinderarts.

Was het *Smock* duidelijk JGZ-onderzoek, het *POPS-onderzoek* is duidelijk 'sociale kindergeneeskunde'. 16)

g. Neonatale screening (PKU, CHT).

Geheel 'sociale pediatrie' is de evaluatie *neonatale screening* op de *aangeboren stoornissen fenyketonurie (PKU) en hypothyreoïdie (CHT)*. Onder screening te verstaan: Het

systematisch onderzoek van zoveel mogelijk personen in een van tevoren afgebakende bevolkingsgroep, gericht op vroegtijdige ontdekking van een duidelijk omschreven ziekte, waarbij gebruik wordt gemaakt van een gestandaardiseerde, liefst eenvoudige, onderzoeksmethode. De uitvoering van de hielprik, vóór de zesde dag, is hierbij een noodzakelijk stuk institutionele ‘Jeugdgezondheidszorg’.

Vanaf 1974 resp. 1981 werden deze screenings door NIPG en NVK landelijk ingevoerd. Evaluatieonderzoek, met name tussen NIPG en de betreffende neonatale onderzoekscommissies van de NVK, is essentieel om het programma zo optimaal en effectief mogelijk te laten verlopen, Het NIPG levert daartoe een jaarlijkse rapportage. Beide screenings gelden als voorbeelden van goed screeningsonderzoek. Terecht bewaken de NVK-‘Landelijke Begeleidingscommissies Phenylketonurie en Congenitale hypothyreoïdie deze screenings.17)

h. Deelname aan Jeugdgezondheidszorg door kinderen van migranten (0 – 4 jaar) in Den Haag.

De deelname was, zowel wat de Marokkaanse als de Turkse zuigelingen en kleuters betreft, goed. Vooral door de zorg van de CB-verpleegkundigen verschilde de deelname niet van die van de overige bevolking. Het onderzoek was zowel ‘Jeugdgezondheidszorg’ als ‘Sociale pediatrie’. 18)

i. Incidentieonderzoek diabetes bij jeugdigen

Een schoolvoorbeeld van sociale pediatrie is het onderzoek naar de incidentie van type 1-diabetes bij jeugdigen. Toen eind jaren 1970 publicaties verschenen over een mogelijke toename van type 1-diabetes realiseerden wij ons dat er veel bekend was van de behandeling van individuele gevallen, doch dat het aantal patiëntjes in Nederland (de prevalentie) en het getal van nieuwe patiëntjes die er jaarlijks bij komen (de incidentie) niet bekend was. Vanuit de NVK werd op initiatief van prof. W.H.H.

Tegelaers een landelijke Werkgroep 'Epidemiologie van diabetes mellitus op de kinderleeftijd' ingesteld. Namens de Nederlandse Internistenvereniging was lid dr. H.F. Dankmeijer. Voorzitter van de Werkgroep was de kinderarts dr. G.J. Bruining, die tevens lid was van de NVK-commissie Incidentie Juvenile Diabetes Mellitus.

Besloten werd tot een retrospectief onderzoek bij alle klinische kinderartsen en internisten in Nederland naar de gevallen die in 1978, 1979 en 1980 hun eerste insuline-injectie kregen. Om de mate van volledigheid te kennen werd via een andere ingang nagegaan in hoeverre de gegevens uit het ene onderzoek overeenstemden met die uit het andere. Meervoudig onderzoek van dezelfde populatie met behulp van tellingen met teruglegging wordt in de Angelsaksische literatuur 'multiple recapture census' genoemd. In de Nederlandse situatie werd ten aanzien van die 'dubbelcheck' gekozen voor een benadering van de jeugdigen met diabetes (of hun ouders) zélf, via een oproep in Diabc, het orgaan van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN). De gevallen in het specialistenbestand en in het DVN-bestand wezen op een hoge mate van volledigheid.

Door hun volledigheid, van een gebied van ruim veertien miljoen inwoners, was het onderzoek van veel waarde, met name ook in Europees verband (EURODIAB) en mondiaal (DERI). Van beide laatsten was de spil van het onderzoek de epidemioloog prof. Ronald Laporte (Pittsburgh).

In verschillende delen van Europa waar betrouwbare incidentiedata konden worden verkregen, bleken opmerkelijke verschillen. Zo bleek in Finland de incidentie drie maal zo hoog als in Nederland, in Zweden en Noorwegen tweemaal zo hoog. Er leek sprake van een noord-zuidgradient, doch die hypothese kon niet worden bevestigd. Nog intrigerender is de grote toename van diabetes in verschillende Europese landen. Voor Nederland was dat reeds bekend door de toename van de prevalentie van diabetes bij 18-jarige manlijke gekeurden voor

de dienstplicht. Tussen 1960 en 1984 verdubbelde de prevalentie ruimschoots, terwijl het keuringsprotocol in die jaren niet veranderde en oversterfte evenmin een verklaring kon geven. Voor die intrigerende toename is tot heden nog geen verklaring gevonden. 19)

Aan het ontkennen dat bofinfectie/-vaccinatie, of nitraat in het Nederlandse drinkwater, oorzaak van de aandoening zou kunnen zijn werd door enkelen onzer meegewerkt. 20)

Met de basisgegevens van alle Nederlandse jeugdigen met diabetes in handen, werd ook onderzoek verricht naar de ‘onset-mortality’: Hoeveel kinderen overleden aan diabetes als de diagnose nog niet was gesteld en geen behandeling was ingezet? Het betrof in 1978 t/m 1980 elf gevallen (drie van 0 – 4 , drie van 5 -14, en vijf van 15 – 19 jaar). Tussen 1988 t/m 1990 waren er drie: Eén van 1 jaar en twee van 13 tot 20 jaar. 21)

Deze en andere studies leverden bouwstenen op voor meer kennis van de ziekte, die nodig is om effectieve preventie te kunnen toepassen. Door de NVK-commissie IDDM, in het bijzonder door H.M. Reeser (die erop promoveerde) en G.J. Bruining (inmiddels hoogleraar) werd het onderzoek voortgezet.

j. Buikligging een belangrijke oorzaak voor wiegendood

In westerse landen was in de leeftijd tussen één week en één jaar ‘wiegendood’ (zuigelingen die plotseling en onverwacht doodgaan) de meest voorkomende doodsoorzaak.

22 oktober 1987 wees G.A. de Jonge, inmiddels hoogleraar kindergeneeskunde te Amsterdam (VU), als eerste ter wereld, op een associatie tussen wiegendood en buikligging. In de media was het weken lang hét onderwerp. De gegevens over die relatie, afkomstig uit een patiënt/controleonderzoek, waren niet strikt ‘evidence-based’.

Er werd direct met een campagne begonnen om alle zuigelingen in het eerste levensjaar niet op de buik in slaap te leggen. Dit werd gesteund door de Nationale Kruisvereniging (voorzitter oud-staatssecretaris M. A. Veder-Smit), en massaal opgevolgd door de instellingen van Jeugdgezondheidszorg en door de ouders. De Jonge voelde zich tot zijn oproep mede geroepen, door de toenemende incidentie in de voorgaande jaren, waarin vooral van buitenlandse zijde buikligging bij zuigelingen werd voorgestaan. In 1986 was de incidentie in Nederland 1,3 per 1000 levendgeborenen, dat wil zeggen dat 200 kinderen ouder dan 7 dagen in dat jaar overleden. De Jonges actie gaf veel deining. Bij meerdere collegae leidde het zelfs tot een reactie als in de negentiende eeuw bij Semmelweis.

Met regelmaat werd in de jaren hierna door een landelijke werkgroep ‘Wiegendood’ over de oorzaken van wiegendood gepubliceerd, Door De Jonge in deze werkgroep, met zijn vrouw Baukje de Jonge-Veenland, CB-arts, niet het minst. Verschillende andere risicofactoren werden daarbij onder de aandacht gebracht, zoals de zijligging als slaaphouding, het gebruik van promethazine, het toedekken met een dekbed, het roken van de ouders en het slapen met de ouders in één bed. Sinds 1996 overleed 7% van aandoeningen. Zo werd de laatste jaren veel kennis verkregen over alcoholintoxicatie bij jeugdigen, wat leidde tot richtlijnen ten aanzien de wiegendoodkinderen in de box. Het ontbreken van ouderlijk toezicht was daarbij een belangrijke factor.

De geregistreerde wiegendoodsterfte in de leeftijd van 7-365 dagen per 100.000 levendgeborenen nam af van 107 in 1985 en 103 in 1986 naar waarden tussen 8 en 15 in alle jaren 2000-2013! 22)

In zijn overzichtsartikel in 2005 onderstreept prof. Paul Brand de grote waarde van het Nederlandse wiegendoodonderzoek: “Het is aannemelijk dat het preventieprogramma gebaseerd op de resultaten van het onderzoek duizenden zuigelingen het leven

heeft gered”. Hij uit zijn dankbaarheid “aan degenen die het onderzoek hebben bedacht, uitgevoerd en gepubliceerd.” 23)

De Jonge eindigt zijn laatste overzichtsartikel met: “In een maatschappij met voor baby’s veranderende omstandigheden is voortdurende zorgvuldige studie van wiegendoodsterfte en van zuigelingenverzorging dringend geboden als basis van voortgaande, aangepaste, preventie. “ 24)

Onderzoek en onderhoud van het gebeuren rond wiegendood is duidelijk ‘sociale pediatrie’. ‘Jeugdgezondheidszorg’, op de zuigelingenbureaus, is er wel bij nodig.

k. Opleiding CB-artsen

In 1979 werd op het NIPG begonnen met een ‘*Applicatiecursus voor consultatiebureauartsen*’. Nadat de behoefte aan een dergelijke bijscholing door de provinciaal-kinderartsen van de Nationale Kruisvereniging was erkend, werd van 1980 –1982 ook in Nijmegen, Amsterdam, Groningen en Den Haag hiermee begonnen. En wel in het kader van postacademisch onderwijs geneeskunde (*PAOG*). Het aantal deelnemers, ook van huisarts-, jeugdarts- en van kinderartszijde, bedroeg tussen 1979 en 1989 1.449, bijna de helft van de toen ongeveer 3.000 werkzame CB-artsen in Nederland.

Het streven was om in de toekomst de opleiding tot jeugdarts voor de consultatiebureauarts verplicht te stellen. Als overgang besloten de provinciale inspecties Volksgezondheid het certificaat van de applicatiecursus als voorwaarde voor registratie als CB-arts verplicht te stellen. Ook de huisarts die als CB-arts wil gaan werken moet hieraan voldoen. Dit verklaart het toenemend aantal huisartsen bij de deelnemers. De inhoud van de applicatiecursus werd overgenomen bij de opleiding tot huisarts, als blok ‘Sociale Pediatrie’. September 1991 werd aan het hoofd van de afdeling Beroep en Opleidingen in de gezondheidszorg van het Ministerie van WVC het ‘Rapport Sociale Pediatrie in de beroepsopleiding tot huisarts’

aangeboden. Eén conclusie daaruit is “dat vanuit curatief en preventief, individueel dan wel collectief, oogpunt de sociale pediatrie en de zorg voor 0-4jarigen een belangrijk deel van de beroepsopleiding tot huisarts behoren uit te maken”. Voor de assistent-kinderartsen in opleiding werd het volgen van de cursus een verplichting. Aan de gewijzigde opleidingseisen werd hiermee ook voldaan. 25)

Een betere afstemming tussen kinderarts, jeugdarts en huisarts werd hiermee bevorderd. Het leidde ertoe dat vanaf 1 januari 2014 CB-artsen direct mochten verwijzen van de JGZ naar de tweede lijn en tot terugg rapportage door huisarts en kinderarts. En daarmee tot juistere collegiale verhoudingen: De professionals binnen de JGZ zien de jonge zuigeling vrijwel maandelijks. Daarbij hebben zij de mogelijkheid om ouders te begeleiden waar nodig.

Per 1 januari 2015 kwam de zorg voor de jeugd, geregeld in de jeugdwet, onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten, waarbij een grotere rol voor de jeugdarts is weggelegd. De applicatiecursus regardeert alle werkers in de JGZ, de sociale kindergeneeskunde en de psychosociale kindergeneeskunde, en bevordert de keten van preventieve en curatieve zorg. 26)

1. Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde

Nog in 1989 voorbereid, kwam het NCSK in 1990 officieel in functie, in navolging van de British Pediatric Association (1988). Al meer dan twintig jaar nu verzamelt het maandelijks anoniem informatie bij alle kinderartsen over zeldzame medische gegevens en van aanpak en preventie. Deze wijze van informatie leidde tot vele onderzoeken en publicaties.

Zo leidde het tot meer kennis van de hoge en toenemende incidentie van ernstige vormen van hemoglobinoopathie en tot de NVK-Commissie *Neonatale Screening Sikkelcelziekte*. Bij de bepaling van het aantal verdronken en bijna verdronken kleuters

kon de NCSK de JGZ tot steun zijn. 27) Het NCSK-werk is duidelijk ‘sociale kindergeneeskunde’.

m. Infectieziekten en vaccinatie

Vanuit de Commissie van de Gezondheidsraad, met name t.a.v. de bewaking van het Rijksvaccinatieprogramma, was er behoefte aan een kinderarts met kennis en ervaring op het gebied van infectieziekten bij kinderen. Ook daarin volgde Vaandrager De Jonge op. Evenals de kinderarts H.C. Rümke (RIVM) werd gewerkt aan de kennis over de bijwerkingen van en de contra-indicaties tegen vaccinaties.

Wat poliomyelitis betreft spitste de discussie zich na de epidemie van 1992-1993 toe op het al of niet verplicht stellen van vaccinatie bij gewetensbezwaarden, speciaal bij de minderjarigen onder hen. Het advies van de Commissie aan het kabinet was om te trachten zonder dwang, en met meer drang, de kans op hernieuwd optreden van polio te voorkomen. De maatregel om tot verplichting over te gaan werd, gezien het effect dat men wil bereiken, niet in proportie geacht met de nadelen ervan. Het advies werd overgenomen. 28)

Na tijdelijk aparte Secties is er sinds enkele jaren de NVK-Sectie ‘*Pediatische Infectieziekten en Immunologie*’. Evenals het werk van de NCSK is dat van deze Sectie ook uitgesproken ‘sociale pediatrie’.

n. Samenvatting NIPG-onderzoeksprojecten (1977-1992)

Aan de wens van de Leidse hoogleraren Gorter, Van der Hoeven en Doeleman tot meer onderzoek en meer interdisciplinaire samenwerking werd met de NIPG-onderzoeken ruim voldaan. In de NVK-Beleidsnota Kindergeneeskunde I (het Groene boekje), werd door de kinderartsen de wens uitgesproken de kloof tussen preventieve en curatieve kindergeneeskunde te verkleinen. Van de zijde van de jeugdartsen op het NIPG was dat eveneens het

geval. De verwondering bij de kinderartsen in de groep, dat de jeugdartsen zo weinig wisten van het kinderartsenwerk, verkeerde snel. Van kinderartszijde wist men aanvankelijk ook weinig van het werk van de jeugdarts. Het gezamenlijk onderzoek tussen 1977-1992 op het NIPG leidde tot meer duidelijkheid in de afbakening en in de samenwerking tussen beide beroepsuitoefenaars. Zo kwam van de kant van de jeugdartsen, met het ontwikkelingsonderzoek op de CB's voor zuigelingen en kleuters, een belangrijk stuk sociale en psychosociale kindergeneeskunde. Van de zijde van de kinderartsen was dit, zoals wij bij vele projecten zagen, niet minder het geval. De kinderartsen liepen hiermee een achterstand in.

De voornaamste conclusies van het gezamenlijk onderzoek in de periode 1977-1992 zijn: dat Sociale en Psychosociale kindergeneeskunde duidelijk in beweging zijn, en dat 'Jeugdgezondheidszorg', 'Sociale kindergeneeskunde' en 'Psychosociale kindergeneeskunde' elkaar nodig hebben. Voor de jeugdarts zou het kunnen betekenen dat een nieuwe generatie jeugdartsen 'sociaal kinderarts'/sociaal pediater gaat heten. Voor de kinderarts, die daarvoor kiest betekent het dezelfde naam, en tevens de uitoefening van meer preventieve en extramurale taken. Voor de opleiding van beide 'partijen' houdt dat veel in.

In de NVK-Beleidsnota kindergeneeskunde II, het Witte boek, 'een nota over de kindergeneeskundige zorg in Nederland anno 1992 met aanbevelingen voor beleid in de naaste toekomst', wordt nader hierop ingegaan.

IV. Beleidsnota Kindergeneeskunde II (1992)

'Jeugdgezondheidszorg' (JGZ), 'Sociale kindergeneeskunde' (SK) en 'Psychosociale kindergeneeskunde' (PSK) hebben elkaar nodig'. In de NVK-Beleidsnota Kindergeneeskunde II (1992), het Witte boek, werd op deze drie vormen van

preventieve kindergeneeskundige zorg nader ingegaan. In de praktijk zijn zij vaak moeilijk van elkaar te onderscheiden. 29)

a. Jeugdgezondheidszorg

Op het NIPG realiseerden wij ons met bewondering hoe de georganiseerde 'Jeugdgezondheidszorg' op alle Consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters in Nederland haar werk ontwikkelde en op adequate wijze onderhoudt, evenals bij de schoolartsendiensten, de GGD's, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, medische kleuterdagverblijven e.a.

Uit *Preventief onderzoek in de Jeugdgezondheidszorg* (1985) van J.C. van Wieringen en G.J. Vaandrager wordt hier overgenomen: "De doelstelling van de georganiseerde Jeugdgezondheidszorg is het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en 'ontwikkeling van jeugdigen' (Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne 1972). De zorg wordt gekenmerkt door longitudinaliteit en is vooral preventief gericht. Het is het complement van de curatieve kindergeneeskunde. Hoewel de grenzen tussen preventieve en curatieve zorg niet steeds scherp zijn aan te geven, zijn er toch kenmerkende verschillen. De curatieve zorg heeft te maken met een op grond van klachten of verwijzing geselecteerde populatie. De kans op pathologische bevindingen is vrij groot. Diagnose en therapie staan hier dan ook centraal. In de preventieve zorg is de kans dat er sprake is van pathologie minder groot. Toch moet er steeds worden beslist of een bepaald kind op een of meer aspecten nog binnen de maatschappelijke en medisch-biologische variatiebreedte valt, of dat er sprake is van een (dreigende) afwijking met kans op verergering, beginnende ziekte of gestoorde groei en ontwikkeling. In de curatieve gezondheidszorg is het uitgangspunt: 'dit kind is ziek tenzij', in de preventieve gezondheidszorg: 'dit kind is gezond, tenzij'. Gesteld kan worden dat het handelen van de meeste kinderartsen noch uitsluitend curatief, noch uitsluitend preventief is."

De meeste sociaal-pediatische onderzoeken worden ook toegepast in het kader van de JGZ. Ze zijn gericht op secundaire preventie, dit is door tijdige opsporing het vroeg aanvangen van behandeling van reeds bestaande aandoeningen. Primaire preventie, met als doel het voorkómen van ziekten of afwijkingen, wordt in de JGZ ook toegepast. Voorbeelden hiervan zijn vaccinaties, genetisch advies en gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO).

In het algemeen zijn de methoden van onderzoek, die in de Jeugdgezondheidszorg' worden toegepast, ontleend aan die in de kliniek. Epidemiologisch onderzoek in de JGZ heeft geleid tot het opstellen van referentiegegevens, zoals de Nederlandse groeidiagrammen. Naast hun betekenis voor de Jeugdgezondheidszorg zijn deze referentiewaarden ook van belang voor de kliniek, zowel voor de individuele diagnostiek als voor de evaluatie van therapeutisch handelen bij individuen en groepen. Zo wordt bij het landelijk onderzoek van prematuur en dysmatuur geboren kinderen (POPS) voor de evaluatie van hun ontwikkeling gebruik gemaakt van het herziene Van Wiechenschema.

Tijdige opsporing in het kader van secundaire preventie is een belangrijke, niet de enige taak van de Jeugdgezondheidszorg. De doelstelling van de JGZ, 'het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen', wordt in het PGO ['periodiek geneeskundig onderzoek'] doelmatig en doeltreffend verwezenlijkt .

Aanvullend onderzoek van kinderen, dat meestal beperkter is dan PGO, vindt plaats op individuele indicatie of kan, als massaonderzoek, in de vorm van screening worden uitgevoerd. Een integrale benadering van het kind en zijn milieu vereist dat systematisch en gestandaardiseerd deelonderzoek zoveel mogelijk in het PGO is geïncorporeerd. Gefractioneerde en geïsoleerde screeningsprogramma's doen geen recht aan het begrip 'Jeugdgezondheidszorg'. Het begrip 'risicogroep' dreigt

het zoeken naar het ‘risicokind’ te verdringen. Collectieve gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) is een aanvulling op individuele advisering en gezondheidsvoorlichting doch kan daar niet voor in de plaats worden gesteld. “30)

De getuigenis van Betteke Schlesinger over wat JGZ voor haar betekent wil ik toevoegen: “In het boek *Een kwart eeuw zuigelingenverzorging in Nederland* (Knapper, 1935), komt het woord ontwikkeling niet voor. De consultatiebureaus hadden ernstiger zorgen: overleven was het eerste en enige doel. Zoals Van Wieringen het heeft uitgedrukt: “De vraag waarmee ouders het bureau bezochten was aanvankelijk ‘blijft mijn kind in leven?’ Voor zo’n 20 % 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?”

We mogen niet vergeten dat de Jeugdgezondheidszorg haar wortels heeft in de vraag: ‘is mijn kind gezond?’ Deze vraag is alleen op het moment van onderzoek te beantwoorden. De kracht van de JGZ is, dat deze vraag bij herhaling en met tussenpozen beantwoord wordt in een reeks contacten gedurende de zuigelingen- en kleutertijd. [Ook op 15-jarige leeftijd is er bij elke puber nog een (laatste) contact.] 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 tijdens deze herhaalde contacten van het kind krijgen, zal een afwijking in groei en ontwikkeling zo vroeg mogelijk kunnen opvallen. Op deze wijze is VTO een bijproduct, een gevolg van de normale begeleiding, maar geen hoofddoel van de JGZ.” 11)

Het is duidelijk dat Kindergeneeskunde en Jeugdgezondheidszorg verschillende organisaties zijn, die samen moeten werken.

b. Sociale kindergeneeskunde

In de NVK-Beleidsnota Kindergeneeskunde II anno 1992, wordt over ‘Sociale kindergeneeskunde/sociale pediatrie’ als volgt geschreven: [De Werkgroep Extramuraal Pediatrie (1983) en de inaugurele rede van Van Wieringen (1988) speelden daarbij een belangrijke rol.] 31)

“Gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen vereist een integrale benadering. Hoewel de kinderarts, door zijn voornamelijk intramurale taak, niet in de positie is om extramuraal een centrale rol te vervullen, brengt hij/zij daar wel zijn klinische kennis en ervaring in. Evenals jeugdartsen vervullen kinderartsen functies in de ‘Jeugdgezondheidszorg’, inclusief de schoolgezondheidszorg, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de medische kleuterdagverblijven en de bureaus kindermishandeling.

De NVK streeft naar samenwerking en zo mogelijk integratie, van preventieve en curatieve kindergeneeskunde. Het is daarom verheugend dat geregeld overleg tussen beide beroepsverenigingen (NVK en NVJG/AJN) plaats vindt, en er inmiddels een Commissie Overleg Kinderartsen/Jeugdartsen is ingesteld. Op landelijk niveau is een overkoepelend overlegforum gewenst, dat beide beroepsverenigingen adviseert. Ter bevordering van de beoogde betere samenwerking kan de kinderarts in opleiding een theoretische en praktische stage sociale pediatrie vervullen, en de jeugdarts in opleiding, in een daartoe geschikt kindergeneeskundig opleidingsziekenhuis, een stage klinische pediatrie. [In de jaren 1950 waren in het WKZ verschillende artsen die dat deden.] De kinderarts en de jeugdarts die hun opleiding hebben voltooid zouden zich in de toekomst kunnen subspecialiseren tot ‘sociaal kinderarts/sociaal pediater’, hetgeen door beide verenigingen moet worden erkend.

Gezien de verwachting dat het aantal kinderen in een huisartsenpraktijk zal afnemen, waardoor de huisarts [nóg]

minder ervaring met kinderen zal hebben, en gezien de verwachte toeneming van de medische mogelijkheden om kinderen in hun eigen omgeving te behandelen, zal de kinderarts in de toekomst meer als consultant en/of medebehandelaar voor de eerstelijns gezondheidszorg, met name de huisarts, beschikbaar moeten zijn. En dat niet alleen m.b.t. de somatische- maar ook de psychosociale aspecten van de zorg. Gestreefd moet worden naar een betere communicatie en samenwerking, zodat de adviesfunctie van de kinderarts optimaal kan worden benut. Voor de huisartsenopleiding kan dit de vorm hebben van het volgen van een klinische stage in een algemeen ziekenhuis. [In de jaren 1970 deden diverse huisartsen dat reeds uit eigen beweging.] Met de beroepsgroepen in de eerstelijns gezondheidszorg zou gereguleerd overleg moeten plaats vinden over de pediatrie inhoud van hun opleiding en nascholing. Bij vermoeden door een huisarts van orgaanspecialistische problematiek (zoals aangeboren hart-gebreken, CARA, neuropediatrie problemen) bij kinderen en adolescenten verdient verwijzing naar een kinderarts de voorkeur boven de verwijzing naar een orgaanspecialist voor volwassenen. Gezien zijn/haar ervaring op het gebied van de zich ontwikkelende mens en in de relatie met de ouders is de kinderarts het meest geschikt voor de zorg van adolescenten. Voor een goede perinatale zorg is het van belang dat een actieve samenwerking tussen de eerstelijns verloskunde en de kindergeneeskunde nog verder wordt ontwikkeld. Daarbij zijn goede afspraken over indicaties voor consultatie en verwijzing bij perinatale problematiek van groot belang.

c. Psychosociale kindergeneeskunde

Bij het ontwikkelen van Psychosociale Kindergeneeskunde ondervond de NVK veel steun en stimulering vanuit de sectie met die naam, die in 1964 werd opgericht. Uit die jaren herinner ik mij goed professor G.M.H.Veeneklaas: Hoe hij zijn confraters uit zijn moederkliniek, het WKZ, in Leiden ontving: Tegelaers, Tiddens, Weijers, Van Zeben, allen leerling van A.

ten Bockel Huinink. Ook W.H.G. Wolters, die een generatielang in het WKZ een grote rol speelde bij de opleiding psychologie, en in 1990 in Utrecht tot hoogleraar ‘pediatrische psychologie’ werd benoemd, was van deze partij.

“Daar ben ik trots op”, sprak Veeneklaas wijzend naar de opschriften op de deuren van een aparte unit: ‘Kinderarts’, ‘Sociaal werker’, ‘Psycholoog’, “samen in deze kliniek!” en ging daarna in op de grote veranderingen die in de laatste decennien plaats vonden voor het kind in gezin, school, en vrije tijd. Tegelaers vervolgde over zijn ervaringen met cursussen gesprekstechniek volgens Balint aan groepen kinderartsen. Ik kon melden dat ik die morgen werd gebeld door de huisarts uit Ouderkerk a/d IJssel: “Zie jij ook zoveel kinderen met slaap- en gedragsstoornissen? In het oude dorp’ zag ik dat nooit, maar in de nieuwbouwwijken word ik ervan vergeven. De ouders van het kind dat ik je stuur willen medicijnen.”]

L.J. Krol, A.Th. Schweizer en C. van Steynen schrijven in de Nota (Hfdst 4) over de ontwikkelingen op het terrein van de psychologische en sociale aspecten van de kindergeneeskunde: “Het valt te verwachten dat in de nabije toekomst, naast de primair curatieve taak, meer de nadruk zal komen te liggen op de consultatieve en educatieve taak van de kinderarts: Gezien de ontwikkelingen in de gezondheidszorg ligt de toekomst van de kindergeneeskunde voor een belangrijk deel in het extramurale veld, en juist hieraan zal in de nabije toekomst dus veel aandacht moeten worden gegeven. Het consulteren van de kinderarts in de eerste lijn is de te verwachten eerste stap.

Specifieke deskundigheid bij de kinderarts op het gebied van de psychologische en sociale aspecten van de kindergeneeskunde kan echter nooit de beroepsscholing en ervaring van deskundigen op het gebied van de diverse gedrags- en maatschappijwetenschappen evenaren. Dit impliceert dat de kinderarts, wil hij werkelijk integrale kindergeneeskunde

bedrijven, in een multidisciplinair team moet functioneren. In vele maatschappen is dat reeds het geval.

In de nabije toekomst valt te verwachten dat de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland met zich meebrengt dat de kinderarts, naast de intramurale taak, een rol gaat spelen als consulent c.q. medebehandelaar in de eerstelijnszorg, vanuit zijn/haar complementaire deskundigheid aan die van de huisarts en de jeugdarts. De door de samenleving geëiste afstemming tussen eerste en tweede lijn stimuleert deze ontwikkeling.

Zowel voor het functioneren van de kinderarts binnen het ziekenhuis als daarbuiten is de ondersteuning van een psychosociaal team (kinderarts, verpleegkundige, psycholoog, kinderpsychiater, maatschappelijk en pedagogisch medewerker) onmisbaar. [Meerdere kinderafdelingen, ook in de periferie, hadden in 1977 reeds een psychosociaal team.]

In de extramurale gezondheidszorg voor jongeren zal de kinderarts zich moeten toeleggen op consultatie en advisering aan de diverse hulpverleners. De huidige rol in de intramurale zorg en de beperkt aanwezige deskundigheid in de extramurale zorg stellen de klinisch werkzame kinderarts niet in de positie een centrale rol in het extramurale veld op te eisen.” (Hfdst. 4)

d. De taak van de kinderarts buiten het ziekenhuis.

Hoewel niet expliciet in Beleidsnota 2 van 1992 vermeld, is het hier de plaats het Rapport van de NVK-Werkgroep van september 1983 te vermelden: *De taak van de kinderarts buiten het ziekenhuis*. Dit Rapport, de ‘Rode Nota’, waarvan spoedig een tweede druk van 1000 exemplaren verscheen, had een grote verbreiding. 32)

October 1980 verzocht NVK-voorzitter G. Losekoot aan een aantal extramuraal werkzame leden hiertoe en studie te maken. Een kenmerk van de kinderarts was altijd dat hij/zij extramurale

taken vervulde en ook in de toekomst wil vervullen. Dit naar de wens van veel hulpverleners buiten het ziekenhuis om juist in een tijd van toenemende specialisatie het gehele kind te willen blijven zien, dat geen 'kleine volwassene' is.

Zowel kinderartsen als jeugdartsen verlenen extramurale taken. Blijkens enquetes zowel bij de kinderartsen als bij de jeugdartsen, die buiten het strikte bestel van de georganiseerde JGZ werkzaam zijn, vormden de extramurale werkzaamheden een groot pakket, bij beide beroepsoefenaars 10 tot 15% dagtaak. Wat de toekomstige ontwikkelingen betreft is de verwachting dat de extramurale taken van de kinderarts in sommige gebieden zullen toenemen (onder andere in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, RIAGGs) in andere mogelijk zullen afnemen (onder andere in de georganiseerde JGZ). De werkgroep is van mening dat dit laatste, met name wat betreft leidinggevende functies bij het werk van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters een ongunstige ontwikkeling zou betekenen. Ook zou het een verarming zijn als de kinderartsen zich geheel of grotendeels uit die zorg terug zouden trekken.

Wat de opleiding betreft oriënteerde de werkgroep zich bij de opleiders, bij de assistenten kindergeneeskunde en bij de hoogleraren sociale geneeskunde.

Algemeen was de opvatting dat, waar de Kindergeneeskunde en de Jeugdgezondheidszorg zulke verschillende populaties bestrijken, met zulke verschillende doelstellingen, het duidelijk is dat artsen die in het ene specialisme zijn opgeleid niet op grond van die ervaring in staat zijn zonder meer het andere specialisme verantwoord uit te oefenen. Allen wijzen op het belang van samenwerking tussen continu bijgeschoolde kinderartsen en jeugdartsen in het extramurale veld, en op hun (dan) complementaire functie.

Wat het CB-werk betreft zagen de werkgroep leden in hun redactie jaren al hoe de ‘Applicatiecursus voor CB-artsen’ aansloot aan de behoefte: bij huisartsen, én bij jeugdartsen, én bij kinderartsen! (Hfdst. 3)

Bij de *Taak van de kinderarts* stelt de Werkgroep in zijn aanbevelingen: “dat de kinderarts die extramurale taken dient te vervullen waarbij klinische kennis en ervaring een belangrijke rol spelen. Dit geldt zowel voor taken binnen de georganiseerde Jeugdgezondheidszorg als daarbuiten. Het belang van klinische kennis en ervaring houdt in dat extramurale functies voor een deel zullen worden gecombineerd met klinisch werkzaam zijn. Indien de kinderarts niet klinisch `werkzaam is, dienen waarborgen te worden ingebouwd dat nieuwe ontwikkelingen worden bijgehouden en dat het contact met de klinische kindergeneeskunde gewenst blijft gegarandeerd.”

Ten aanzien van *Opleiding* en *Nascholing* zijn er ook duidelijke aanbevelingen: “De kinderarts in opleiding dient een theoretische en praktische stage sociale pediatrie te vervullen. Aan de jeugdarts in opleiding moet de gelegenheid worden geboden in een daartoe geschikte kindergeneeskundige opleidingsinrichting een stage klinische pediatrie te doorlopen. De kinderarts en jeugdarts die hun opleiding hebben voltooid zouden zich moeten kunnen subspecialiseren tot sociaal kinderarts/pediater d.m.v. inbreng uit beide beroepsverenigingen. Deze subspecialisatie zou binnen de NVK en de NVJG als aandachtsgebied erkend moeten worden. Door NVK en NVJG moet samenwerking op het gebied van nascholing ter hand worden genomen. Naar behoefte zouden regionale samenwerkingsteams van preventief- en curatief werkzame specialisten ingesteld moeten kunnen worden ter gezamenlijke bestudering en oplossing van zich aandienende gezondheidsproblematiek. Op landelijk gebied is een overlegforum gewenst dat beide beroepsverenigingen adviseert m.b.t. samenwerking en integratie van de preventieve en curatieve zorg voor kinderen en jeugdigen.”

In het *Ten Geleide* schrijft voorzitter Loosekoot: “Het rapport heeft duidelijke beperkingen. De voornaamste beperking is dat het alleen spreekt over taak en opleiding van de kinderarts. Onderwerpen als ‘de opleiding van de jeugdarts’ en ‘onderzoek van het gezonde kind’, hoezeer van belang in verband met het onderwerp, worden in het rapport slechts aangestipt. De beperking geeft tevens de noodzaak aan tot vervolg. Ik wil daarbij de wens uitspreken dat dit rapport tot veel discussie aanleiding zal geven, en vooral dat het mag leiden tot een toenemende samenwerking en complementaire functie tussen de verschillende werkers rond het zieke én het gezonde kind.”

Veel uit het Rapport werd in Beleidsnota 2 (1992) opgenomen. Het geheel overziend geldt voor kinderartsen en jeugdartsen dat ‘Jeugdgezondheidszorg’, ‘Sociale kindergeneeskunde’ en ‘Psychosociale kindergeneeskunde’ elkaar nodig hebben, moeten samenwerken.

Beleidsnota 2 werd door Leo Jan Dooren beëindigd met :

“Een wetenschappelijke beroepsvereniging als de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde ziet het als haar taak een zo goed mogelijke kindergeneeskundige zorg tot stand te brengen en te behouden, zowel op eigen kracht als in samenwerking met al die instellingen en personen, die zich bezig houden met de zorg voor kinderen en jeugdigen. De activiteiten van de Vereniging zijn dus gericht op een zo hoog mogelijke kwaliteit van de zorg”.

V. Na 1992 en Hoe nu verder?

In 1989 zette Pauline Verloove-Vanhorick, als hoofd van de sector Jeugd van het NIPG, met verve en met grote bekwaamheid de lijn die De Jonge c.s. in 1975 aanging, voort. Evenals Guus de Jonge was zij meerdere jaren voorzitter van de NVK (2005-2008). De onderlinge communicatie en het onderzoek binnen de NVK nam verder toe. Ik noem de NVK-

Nieuwsbrieven, de Commissie *Opleiding*, de Commissie *Overleg Kinderartsen /Jeugdartsen*. Het verkeren in *Dienstverband* van vrijwel alle kinderartsen sinds eind jaren 1970, heeft zeker bijgedragen aan de grote inzet van velen aan het preventieve intramurale en extramurale werk.

Uit het gesprek van Pauline met Michel van Dijk bij haar afscheid als voorzitter NVK (*NVK-Nieuwsbrief*, sept. 2007) vermeld ik: “Mijn voornaamste drijfveer was dat het goed gaat met de kindergeneeskunde en dat het specialisme kan rekenen op optimale ondersteuning vanuit de beroepsvereniging. Ik denk niet alleen aan de klinische kindergeneeskunde, maar ook aan de kindergeneeskundige zorg buiten het ziekenhuis, door meer aansluiting te zoeken met Preventie en Jeugdgezondheidszorg. Veel kinderen komen straks bij gemeentelijke Bureaus Jeugdzorg. Wij vinden dat er qua formatie één tiende kinderarts binnen zo’n bureau moet werken. Alleen zo garandeer je voldoende preventieve en curatieve aandacht binnen de zorg voor jeugdigen. De jeugd staat volop in de belangstelling. We moeten onszelf beter zichtbaar maken.”

Hoe nu verder?

Het zal wederom de Voorzitter zijn met zijn team. die het geheel overziet en leiding geeft. Die zich in de Nieuwsbrief aan alle leden luisterend opstelt.

In sommige regio’s is meer in beweging dan in andere om de kloof tussen preventie en curatie, en tussen jeugdarts en kinderarts, kleiner te maken. Dat uitte zich in vele artikelen en lezingen, waarvan diverse in Hfdst. III van Beleidsnota II reeds werden vermeld. Noemen wil ik de lezing van Prof. Visser, bij de opening van het Emma Kinderziekenhuis/Het Kinder AMC, met als titel: *‘Zorgen voor de Kindergeneeskunde van morgen: het belang van samenwerking’* (1991). En de bijzondere zorg aan chronisch zieke kinderen en adolescenten waarover we recent van Prof. Heymans hoorden. Uit september 2014, na de

SSPK-lustrumviering (40 jaar), waarbij aan de deelnemers dit conceptartikel in korte vorm was toegestuurd, kwamen positieve reacties om met het ‘samen op wegproces’ voort te gaan. In sommige regio’s is de voortgang groter dan in andere. SSPK-voorzitter A.C. Knottnerus ondertekende haar reactie vanuit het Spaarneziekenhuis met ‘kinderarts-sociaal pediater’.

Evenals tussen 1974 en 1977 zal het een weg zijn van velen die zich voorbereiden voor een NVK-Beleidsnota III (in 2017/2018?), samen met een AJN-Beleidsnota, ook voor 2019?) De tijd voor Opleiding dringt. Dit artikel zij beide ‘partijen’ tot inspiratie en steun.

NOTEN

1. Beleidsnota Kindergeneeskunde I, een bundel rapporten over de ontwikkeling van de kindergeneeskunde in Nederland anno 1977. (NVK, red. G.A. de Jonge, 1977); Beleidsnota Kindergeneeskunde II, een nota over de kindergeneeskundige zorg in Nederland anno 1992 met aanbevelingen voor beleid in de naaste toekomst. (NVK, red. L.J. Dooren, L. Jongkamp, G.J. Vaandrager, 1992)
2. Beleidsnota I (1977) 8, 88, 89
3. Beleidsnota I (1977), p. 3

What is pediatrics? It is the study of growth and development of the child from the moment of conception through adolescence and the science and art of the prevention, diagnosis and treatment of the diseases of children from birth through adolescence, whether these disturbances be on a physical, mental or emotional basis. It is a profound concern with, and a abiding interest in, everything that goes to make the final product – a healthy adult ready to take his place in life.

J.C.Hughes, *Pediatrics as a career* (American Academy of Pediatrics, 1962)

4. F. Doeleman, Veertig jaar Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, 1929-1969. *Mens en Onderneming*, 1969

5. idem

6. J. H. de Haas (1901-1985) ging in 1926 naar Sumatra. In 1932 verscheen zijn proefschrift over de Karo-Batakse zuigeling en begon zijn specialisatie tot kinderarts in Batavia (bij prof. A. Ten Bokkel Huinink) waar hij in 1934 tot lector werd benoemd.
Tijdens de oorlog met Japan verbleef hij in gevangnissen en kampen. In 1946 werd hij benoemd tot hoogleraar kindergeneeskunde in Djakarta. In 1948 repatrieerde hij naar Nederland, waar hij in 1950 aan het Ministerie van Volksgezondheid benoemd werd tot Geneeskundig Inspecteur voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne. Van 1953 tot 1967 was hij hoofd van de afdeling ‘Sociale Hygiëne’ van het NIPG. Met J.F. de Wijn publiceerde hij in 1960 de Groeidiagrammen van 21-25 jarigen in Nederland (Verhandelingen NIPG 49). Typerend voor zijn daadkracht was dat door zijn steun aan de pionier-kinderarts Catharina Smeenk (Doetinchem, 1911-2010) in de Achterhoek DKTP-inenting vijf jaar eerder (in 1958) plaats vond dan in de rest van het land.
[GJV, *NVK Nieuwsbrief* 29 en 30] In 1961 werd hij benoemd tot hoogleraar ‘Wereld-gezondheidszorg voor jeugdigen’ te Leiden. De ontwikkelingen in de cardiologie hadden daarbij zijn grootste aandacht. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 129 (1985) 762; A.J. Dunning, J.H. de Haas, - meer vechtlustig pionier dan papierendokter, *Hart Bulletin* 8 (1977) 130-3

7. Flora van Laar (1925-2001), jeugdarts, Officier O.O.N. Als Hoofd van de afdeling Onderwijs van het NIPG verzorgde zij bijna 30 jaar de opleiding tot jeugdarts, met grote inzet. Sinds 2000 is er de Stichting Flora van Laarprijs, met als doel het stimuleren van talent en van wetenschappelijk en innovatief onderzoek op het terrein van de Jeugdgezondheidszorg. [Om de twee jaar wordt deze prijs uitgereikt ; 13 november 2015 voor de zevende maal.]
 Dr. Betteke [E.A.] Schlesinger-Was (1922-2012), promoveerde in 1981 op het proefschrift (RUL) ‘Ontwikkelingsonderzoek op het Consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters’; zie hierna.
 Dr. H.P. Verbrugge, jeugdarts, was vele jaren verbonden aan het NIPG en aan het Ministerie voor Volksgezondheid, afd. Jeugdgezondheidszorg (jongere kinderen). Evenals Drs. F. Wafelbakker, jeugdarts (oudere kinderen). Beide werkten aan de Nederlandse Groeidiagrammen.
 Dr. J.C. van Wieringen (1926-2010), kinderarts en jeugdarts, werd vanuit het NIPG in 1973 Hoofd Jeugdgezondheidszorg GG&GD Utrecht, tevens wetenschappelijk medewerker WKZ. In 1985 werd hij hoogleraar Sociale Pediatrie RU Utrecht.
8. G.A. de Jonge, *Curatief en Preventief*, Inaugurele rede VU, 1981
9. H.K.A. Visser, Boekbespreking, (*Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 132 (1988) 738 [P.B. Schuil, D.J.A. Bolscher e.a. (red.) Nederlands Leerboek voor de Jeugdgezondheidszorg [9^{de} druk na 8 drukken van P.W. Koppius, Leerboek voor Moederschapszorg en Kinderhygiene.]
- 10 J.C. van Wieringen, Beleidsnota I (1977) 26

- 11 E.A. Schlesinger-Was, M.S. Laurent de Angulo e.a., in: G.J. Vaandrager (red.) *Ontwikkelingsonderzoek op het Consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters – Symposium ter gelegenheid van het afscheid van Betteke Schlesinger-Was* (NIPG-TNO, Leiden, 1987, 12-24, 36-48)
- 12 W.M.J. van Duyne, W.P. Herngreen, G.J. Vaandrager, F.J. Veenhof, VTO-samenwerking in opbouw, NIPG/TNO, Leiden, 1981; W.P. Herngreen, F.J. Veenhof, G.J. Vaandrager, W.M.J. van Duyne, Vroege onderkenning van ontwikkelingsstoornissen – Een onderzoek naar VTO-samenwerkingsverbanden. *Medisch Contact* 38 (1983) 99-103 en 129 133
13. G.A. de Jonge en M.M. van der Klaauw, De frequentie van roken voor, tijdens en na de zwangerschap. *Ned. Tijdschr Geneeskd* 126 (1982) 1537-44
14. G.J. Vaandrager en G.A. de Jonge, Preventie van verdrinking bij kleuters – Een nieuwe CB-taak, *T. Jeugdgezondheidsz.* 12 (1980) 66-70
15. W.P. Herngreen en J.D. Reerink, Epidemiologisch onderzoek in de jeugdgezondheidszorg (*Smock en Pops*, Proefschrift RUL, 1993)
16. S.P. Verloove-Vanhorick, Toepassing van het Van Wiechenschema in wetenschappelijk onderzoek. In *Symposium* (Noot 11, 49-54; D.M.C.B. van der AA, Outcome at two years of age in very preterm and very low birthweight infants in The Netherlands. (Proefschrift RUL, 1989)
17. G. Derksen-Lubsen, samen met G.A. de Jonge, Screening for congenital hypothyroidism in The Netherlands, *Proefschrift EU Rotterdam*, 1981; W.J. Meijer, Tien jaar landelijk screeningsonderzoek naar het voorkomen van

fenyketonurie in Nederland. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 129 (1985) 74-76; G.J. Vaandrager en P.H. Verkerk, Neonatale screening in Nederland, In: *Het Medisch Jaar 1990*, Bohn, Scheltema en Holkema, 1990

18. C.M. Kuiper, E.A. Schlesinger-Was, G.J. Vaandrager, Preventieve gezondheidszorg voor kinderen van migranten: een onderzoek over deelname aan de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar in Den Haag (*NIPG-TNO*, Leiden, 1985)

19 G.J. Vaandrager, F.J. Veenhof. M.M. van der Klauw, De incidentie van insuline-afhankelijke diabetes mellitus bij 0-19jarigen in Nederland (1978-1980) (Leiden NIPG-TNO, 1983), G.J. Vaandrager, G.J. Bruining, F.J. Veenhof, N.M. Drayer, De incidentie van diabetes mellitus bij 0-19jarigen in Nederland (1978-1980) *Ned Tijdschr Geneeskd* 127 (1983) 2355-61; G.J. Vaandrager, G.J. Bruining, F.J. Veenhof, N.M. Drayer. The incidence of childhood diabetes in The Netherlands – A decrease from North to South over north western Europe? *Diabetologia* 27 (1984) 203-06. Drykoningen C.E., Mulder A.L., Vaandrager G.J., La Porte R.E., Bruining, G.J. The incidence of male childhood type 1 (insulin dependent) diabetes mellitus is rising rapidly in The Netherlands. *Diabetologia* 35 (1992) 139-142; D. Ruwaard, Hirasing, R.A., Reeser H.M., Bruining G.J., Vaandrager, G.J. Increasing incidence of type 1 diabetes in The Netherlands. The second nationwide study among children under 20 years of age. *Diabetes Care* 17 (1994) 599-601; Vos C, Reeser HM, Hirasing RA, Bruining GJ, Confirmation of high incidence of type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus in Moroccan children in The Netherlands. *Diabetes Med.* 14 (1997) 397-400

20. G.J. Vaandrager, J.L. Molenaar, G.J. Bruining, A.D. Plantinga en E.J. Ruitenbergh, Islet cell antibodies, mumps infection and mumps vaccination, *Diabetologia* 29 (1986) 406; J.M. van Maanen, H.M. Reeser en vele anderen, Does the risk of childhood diabetes mellitus require revision of the guideline

values for nitrate in drinking water? *Environmental Health Perspectives* 108 (2000) 457-61

21. G.J. Vaandrager, W.J. Meijer, De sterfte aan onherkende diabetes mellitus type 1 bij 0-19jarigen in Nederland, 1978-1980. *Ned Tijdschr Geneesk* 131 (1987) 535-538; F.J. Bøhm, Hirasing, R.A., Vaandrager G.J., Reeser, H.M., Bijlsma, F, Groot, R.M. Onset mortality of type I diabetes in 0-19 years-old children in The Netherlands 1988-1990 *Acta Paediatrica* 84 (1995) 1197

22. M. Geudeke, G.A. de Jonge, C. Spreeuwenberg, *Wiegendood* (Utrecht, Bunge, 1989)

23. P.L.P. Brand, *Wiegendood: de tijden veranderen*, *Ned Tijdschr Geneesk* 149 (2005) 1254-56

24. G.A. de Jonge en J. Hoogenboezem, Epidemiologie van 25 jaar wiegendood in Nederland; incidentie van wiegendood en prevalentie van risicofactoren in 1980-2004 *Ned Tijdschr Geneesk* 149 (2005) 1273-82

25. H.W.A. Voorhoeve en G.J. Vaandrager, Cursussen voor consultatiebureau-artsen, Doel en Ontwikkeling, *Medisch Contact* 38 (1983) 1084-86; idem, Tien jaar applicatiecursussen voor consultatiebureau-artsen, *Medisch Contact* 45 (1990) 623-5; B.P. Ponsioen, Sociale Pediatrie in de opleiding tot huisarts, *Medisch Contact* 47 (20 nov. 1991)

26. Trudy de Jong, Mascha Kamphuis en Lilly Kivit-Schweng, Een grotere rol voor de jeugdarts, *Ned Tijdschr Geneesk* 158 (2014) 464-65

27. W.P. Herngreen, Peilstations in de jeugdgezondheidszorg, *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 22 (1990) 54-57; R.A. Hirasing, R. Rodrigues Pereira, Het Nederland 22 s Signaleringscentrum Kindergeneeskunde; een kwaliteits-

instrument voor preventie en onderzoek, *Ned Tijdschr Geneeskd* 146 (2002) 2409-14; Monique Suijker, E.A. Roovers, Paul A. Verkerk e.a. Haemoglobinopathie in de 21^{ste} eeuw, *Ned Tijdschr Geneeskd* 158 (2014) 1424-28; Bregje A. Ramp, H.M. Oudesluys-Murphy e.a. Verdrinking bij kinderen in Nederland, *Ned Tijdschr Geneeskd* 158 (2014) 1495-1500 (zie Noot 14)

28. Verslag uitgebracht door een Commissie van de Gezondheidsraad Nr 16. Bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma 1986 ('s Gravenhage 1987); H.C. Rümke, contra-indicaties tegen vaccinaties bij het Rijksvaccinatieprogramma, *Ned Tijdschr Geneeskd* 133 (1989) 861-62; G.J. Vaandrager, Het vaccinatiebeleid in Nederland, *T. Jeugdgezondheidsz* 27 (1995) 3-8; idem in *Ethiek en Recht in de Gezondheidszorg* 16 (1994) XX 5-20

29. NVK-Beleidsnota kindergeneeskunde II (1992) – ‘Over de kindergeneeskundige zorg in Nederland anno 1992, met aanbevelingen voor beleid in de naaste toekomst.’ Redactie: L.J. Dooren, L. Jongkamp-Draaisma, G.J. Vaandrager. (NVK, 1992) Geciteerd wordt vooral uit hfdst. IV, ‘Ontwikkelingen op het terrein van de psychologische en sociale aspecten van de kindergeneeskunde’ (L.J. Krol, A.TH. Schweizer, C. van Steynen) en Hfdst. VI, ‘De preventieve zorg voor het kind en de taak van de kinderarts’ (R.S. Boeken Kruger-Mangunkusumo, H.E. Zoethout, G.J. Vaandrager) en uit L.J. Dooren, L. Jongkamp-Draaisma, ‘Samenvattingen en aanbevelingen voor beleid. In zijn geheel valt over te nemen, evt. als Bijlage: L.J. Dooren, Hfdst. 1 Kindergeneeskunde in Nederland, 1892-1992.

30. J.C. van Wieringen en G.J. Vaandrager, Preventief onderzoek in de Jeugdgezondheidszorg, *Tijdschr Kindergeneeskd* 53 (1985) 85-91

31. J.C. van Wieringen, *Jeugdgezondheidszorg zal ons een zorg zijn* (Inaugurale rede RUU, 1988)

32. Rapport van een NVK-Werkgroep: *De taak van de kinderarts buiten het ziekenhuis* (NVK, Utrecht, 1983)

Naam en werkring van de kinderartsen-leden van de Werkgroep:

Dr. F.A. Beemer (Staflid klinisch genetisch centrum, Consulent zwakzinnigeninrichting, Consulent dagverblijf voor geestelijk gehandicapten), J.F. van Gils (Vertrouwensarts kindermishandeling), N. Hofstee, secretaris (CB-arts, Consulent medisch kindertehuis), M.C.J.W. de Jong (Staflid medisch opvoedkundig bureau, Consulent zwakzinnigeninrichting), A.H.C. Melles-de Haas, voorzitter (Staflid M.O.B's, CB-arts, Staflid Universitaire kinderkliniek), T. von Ruhe-Zürcher (Staflid en directeur medisch kleuterdagverblijf, Staflid universitair kinderziekenhuis, C. Van Steynen (Staflid algemeen ziekenhuis, Staflid M.O.B's), Dr. G.J. Vaandrager, rapporteur (Wetenschappelijk medewerker NIPG, Staflid algemeen ziekenhuis, CB-arts), Dr. H.W.A. Voorhoeve (Provinciaal arts Moeder- en Kindzorg, Staflid algemeen ziekenhuis, Consulent-kinderarts in de tropen), Dr. J.C. van Wieringen (Hoofd JGZ van de GG en GD van een grote stad, Staflid universitair Kinderziekenhuis, Districts- en provinciaal arts Moeder- en Kindzorg, Wetenschappelijk medewerker NIPG).

