

EEN KIND IS PAS GEZOND ALS HET GEZOND IS

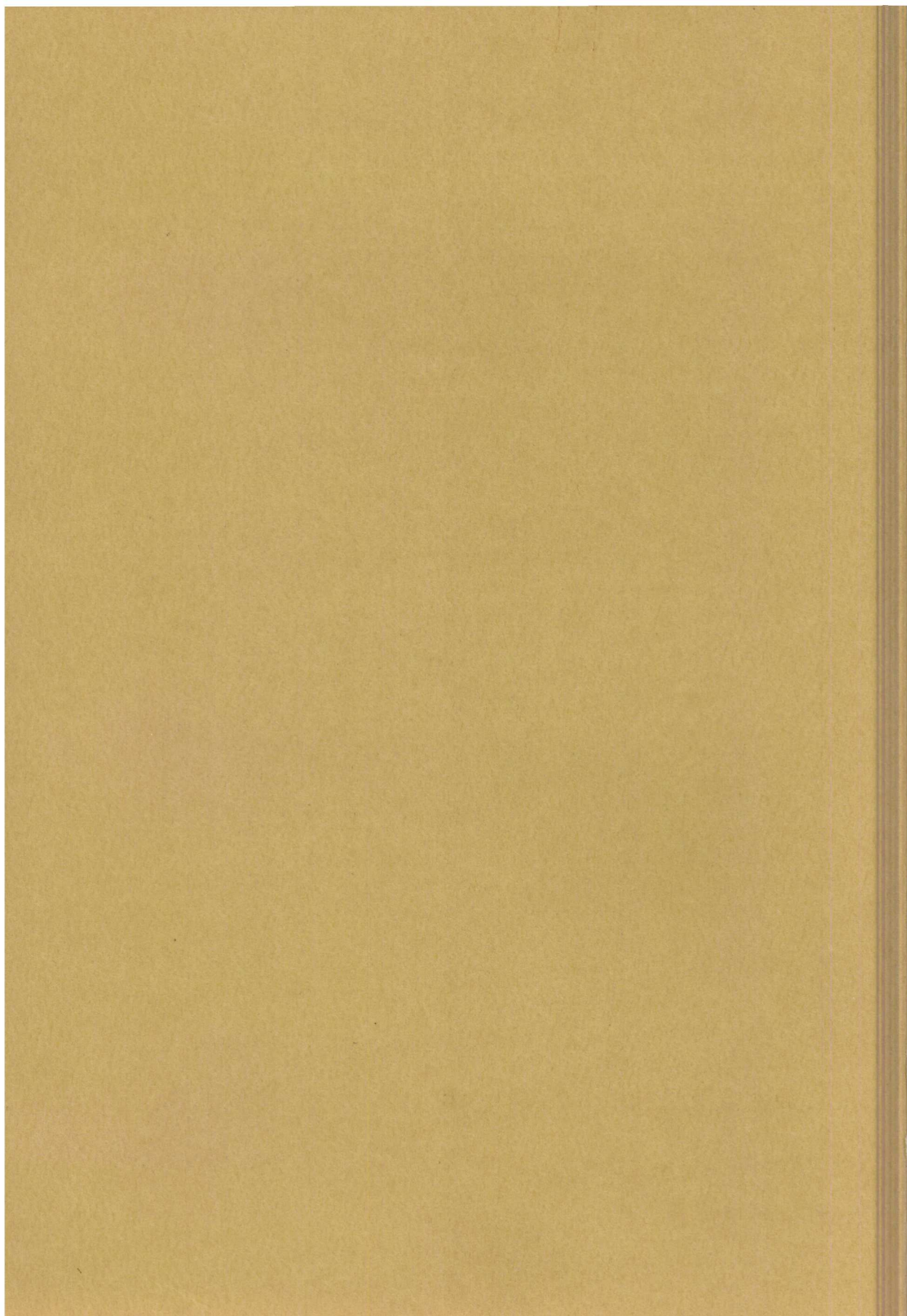
G.J. Vaandrager



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TKO

Leiden



EEN KIND IS PAS GEZOND ALS HET GEZOND IS

Rede
in verkorte vorm uitgesproken bij zijn afscheid van het
NIPG/TNO op 30 juni 1989
door
dr. G.J. Vaandrager

G.J. Vaandrager

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

Leiden

juni 1989

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56
Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071 - 178888

Op voorzijde:
Gildewapen van het Chirurgijns-gilde te Gouda
met het pentagram als salusteken
Stedelijk Musea 'Het Catharina-Gasthuis', Gouda

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

ISBN 90-6743-154-0

© 1989 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 89047

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt en/of verspreid door middel van druk, fotokopie, mikrofilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

INHOUD

	pag.
INLEIDING	1
TERUGBLIK	2
0-30 jaar: Leren	2
30-51 jaar: Klinische tijd	4
Van typisch naar atypisch	4
51-62 jaar: Preventieve tijd	6
Incidentieonderzoek diabetes	7
Evaluatieonderzoek neonatale screening	12
Enkele andere onderzoeken	16
Opleiding CB-artsen	17
BESCHOUWING	20
Preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen	20
Definities	20
Een continue lijn	21
De functie van de sector Jeugd van het NIPG	22
What's in a name	22
De functie in de praktijk	26
Kindergeneeskunde en Jeugdgezondheidszorg	28
De titel van de rede	29
VOORUITBLIK/WENSEN	31
DANK	34
LITERATUUR	35
IN PLAATS VAN STELLINGEN	39

INLEIDING

Zeer geachte toehoorders,

Dank voor uw komst alhier en dank aan de directie en de organisatoren van deze middag dat ik tot u mag spreken: aan het eind van de rit is er behoefte aan een terugblik, aan enige reflectie, ook aan een vooruitblik, wensen. Daartoe is thans de gelegenheid.

Het is de 2e keer dat ik een afscheidsrede mag houden. De vorige maal, na het beëindigen van de klinische praktijk, 11 jaar geleden, was dat in het Ruym van „Het Catharina Gasthuis“, thans Museum, in de stad Gouda. In de chirurgijnskamer aldaar, wij vergaderen er nog steeds, wordt men getroffen door de aanwezigheid van een groot aantal pentagrammen: op de gobelinkussens van overman en dekens, in het houtwerk, gildeglas en zegelstempel.

Bij het verklaren van dit medisch symbool uit voorgaande eeuwen wordt wel de verhandeling van de schrijver Lucianus (120 na Chr.) aangehaald: „Mijn vergissing bij het groeten“. Lucianus schrijft dat hij op een morgen een fout maakte omdat hij, toen hij een bekende tegenkwam, niet de gebruikelijke groet 'Wees verheugd' had gezegd, doch 'Wees gezond'. Om zich te rechtvaardigen zegt hij dan dat in voorgaande eeuwen, in de tijd van Pythagoras, men niet het zich verheugen, het welzijn, vooropstelde, doch het gezond zijn. In die tijd waarin het pentagram reeds als salusteken en gezondheidssymbool werd gebruikt, meende men dat gezond zijn de grond is van welzijn en zich verheugen, maar ook dat uit welzijn en zich verheugen niet per se gezondheid volgt.

TERUGBLIK

Mijn terugblik wil ik, voor een kinderarts gebruikelijk, indelen naar levensfasen, en wel naar die van de Chinees (volgens een Chinese spreuk) en die van de modale Westerling.

Tabel 1 Levensfasen van de Chinees (uit een spreuk) en van de modale Westerling

Chinees (uit een spreuk)	Voornaamste activiteit	Westerling (modaal)
0 - 20 jr ←	LEREN ←	0 - 30 jr
20 - 40 jr ←	VECHTEN ←	30 - 60/65 jr
40 - 60 jr ←	WIJS WORDEN ← - - - - -	

Wij zien in het Westen een langere periode van leren, van ontwikkeling. Vergelijken wij de ontwikkeling van het menskenkind, van de homo sapiens, dat na ± één jaar gaat staan, met die van een kalf of veulen - na één dag op eigen benen - dan is een langzame ontwikkeling als positief te duiden.

Het vechten gaat bij de Westerling langer door, bij velen, als zij het geluk hebben niet werkeloos te worden en gezond te blijven, tot hun 60e-65e.

Wat het wijs worden betreft: sommigen worden reeds tijdens hun werk wijs, sommigen trachten het hierna te worden, sommigen is het nimmer beschoren. (Deze maand zagen we dat ook de Chinees niet altijd wijs werd, voor de andere mens een wolf was). Van mijn eerste 2 levensfasen mag ik u verhalen.

0 - 30 jaar: Leren

Ik groeide op in Rijnsoord, aan de binnen-Waal tussen Rotterdam en Dordt, op het eiland IJsselmonde, als middelste van 5 zonen.

Al vroeg, mijn vader was dierenarts, raakte ik vertrouwd met curatie én preventie; de koeien die positief reageerden op tuberculine moesten worden opgeruimd. Bij verschillende huizen stond een tentje, waarin een gezond uitziende jongen of meisje kuurde wegens tuberculose. Je mocht wel zwaaien, geen praatje gaan maken. Er was reeds een consultatiebureau voor zuigelingen waar voeding werd voorgeschreven en waar werd bevestigd dat moeder en kind het goed deden. De tram voor het huis en de vele sloten maakten jaarlijks meerdere slachtoffers.

In 1945 kwam ik als medisch student in Utrecht aan, alwaar de 'Zonne der gerechtigheid' ons weder mocht beschijnen. Ik werkte in mijn eerste jaar als broeder in het Wilhelmina Kinderziekenhuis, waar ik leerde wat babies en luiers in kunnen houden.

Mijn coassistentenschap kindergeneeskunde deed ik perifeer in Doetinchem bij Cath.^a Smeenk, waar ik enthousiast werd voor het vak. Zij beoefende de pedia-

trie in volle omvang en sjouwde mij mee naar alle klinische en extramurale activiteiten.

Dr. Willem van Zeven vroeg mij hierna als vacantiëassistent in het Wilhelmina Kinderziekenhuis, hetgeen enkele jaren later in een assistentschap resulteerde. Dit was in de kliniek van Prof. Ten Bokkel Huinink. Hij maakte school in Nederland: als leerlingen noem ik Veeneklaas, Tegelaers, Weyers, Van Zeven, Schretlen, Tiddens, Hartgerink. Zij overzagen nog de gehele kindergeneeskunde, inclusief de gezondheidszorg voor jeugdigen.

Het was een tijd van grote ontdekkingen en verwachtingen. Ik herinner mij een avond bij Prof. Dicke thuis; ik was als assistent juist terug van een studie in Parijs en werd verondersteld Frans te spreken. Bij het haardvuur een gesprek tussen Dicke en Raymond Turpin, gasthoogleraar uit Parijs: Turpin die vertelde hoe hij zijn gehele leven bezig was met Mongooltjes, ook een aparte polikliniek voor hen hield. Hoe hij, toen hij las dat het chromosomenpatroon ook in cellen van de mens zichtbaar was te maken, besloot dit te gaan onderzoeken bij het syndroom van Down.

En Dicke die zijn gehele pediatriesch leven de gedachte van zijn voorganger in het Juliana Kinderziekenhuis, dr. Stheeman, vasthield dat brood een slechte invloed had op de vetuitscheiding in de ontlasting van kinderen met spruw. Die, toen hij las dat Weijers en Van de Kamer die uitscheiding kwantitatief konden bepalen, de invloed van het tarwegliadine op coeliakie kon gaan bewijzen. Pioniers van biochemisch, genetisch en immunologisch onderzoek dat, steeds dieper en verfijnder doorgaat, waarbij men steeds weer op nieuwe onbekenden stuit. Dat ook leidde en zal leiden tot verdere preventie.

Dicke en Weyers stimuleerden mij tot nadere studie van kinderen met vitamine D-resistente rachitis, „Engelse ziekte“:

- in de 16e eeuw een ziekte van rijken, die vis en visolie, een 'paapse gewoonte', ook voeding voor de armen vonden;
- in de 19e eeuw een ziekte van armen uit de sloppen en de stegen, arm aan zonlicht;
- in mijn leertijd een ziekte van erfelijk misdeelden;
- en thans, in de afgelopen jaren:
 - * een ziekte van Turkse en Marokkaanse kinderen die de preventie van vitamine D in onze zonarme gebieden niet kennen,
 - * en van alternatievelingen die ziende blind zijn voor de noodzaak van vitamine D-preventie in deze contreien.

De recente terugkeer van rachitis bij migranten werd voor het eerst gesignaleerd in de kliniek (Schulpen, 1982). Haagse kinderartsen gaven een signaal aan de werkers in de Jeugdgezondheidszorg. Er werd een werkgroep opgericht die het probleem inventariseerde, analyseerde en een interventieplan ontwikkelde, collectieve preventie toepaste (Nijhuis, Zoethout, de Jong, 1985).

30 - 51 jr: Klinische tijd

Eén van mijn eerste patiëntjes in de 'eigen' praktijk, ik zie haar nog komen, was Christientje, 6 jr, steunend, met blauwe lippen en trommelstokvingers als teken van chronisch zuurstoftekort. Het nut van het dagelijks leegkloppen van de longsegmenten bij de taai-slijmziekte was net bekend (z.g. tertiaire preventie). Voor Christientje was het te laat; de moeder werd de oprichtster van de oudervereniging van cystic fibrosepatiënten, thans een grote club. Voor haar strijd, tegen de opinie in van artsen die toen, en voor dát ziektebeeld, een oudervereniging niet wenselijk achtten, kreeg zij de Visser Neerlandiaprijs voor karakter. Door vroege onderkenning en adequate behandeling (secundaire preventie) worden deze patiënten thans volwassen. Het begin van nog betere (primaire) preventie, nl. meer kennis van de oorzaak, is ook hier in beweging. Veel ouderverenigingen, verenigd in de VSOP, volgden, tot vrucht van de mondige patiënt en zijn behandelaars.

De klinische tijd: een tijd van vechten, geleefd worden door dag- en nachtdienst aan de patiënt (kind met ouders) en zijn arts (huisarts/gynaecoloog/chirurg), een tijd van almacht en van nietigheid. Bij zien te blijven in de explosie van kennis van het vak, dat in volle omvang en met alle vorderingen van de technologie moet worden uitgevoerd.

Een tijd ook van fusie van ziekenhuizen, met concentratie, differentiatie en taakverdeling. Met toenemende samenwerking in het ziekenhuis en met de universiteitskliniek, waar de subspecialisatie in de kindergeneeskunde verder doorzette. Zowel de mogelijkheid tot 'cure' als de behoefte aan 'care' namen toe.

Twee onderzoeken uit de klinische tijd wil ik u noemen. Deze werden, zoals dat in de kliniek het geval is, door het geval bepaald:

Er doet zich in de Goudse streek bij kinderen veel acute laryngitis en epiglottitis voor. In navolging van Amerikaanse publicaties werd in 1968 bij een aantal kinderen vrijmaking van de luchtweg met een tube via de neus toegepast. Vergeleken met het inbrengen van een buisje door operatie (tracheotomie) vormde dit een vooruitgang. In de naaste toekomst zal het DKTP-H (H van hemofilus influenzae B)-vaccin hierbij preventie gaan bewerkstelligen.

Van typisch naar atypisch

Het 2e onderzoek, in mijn laatste jaren in de kliniek, betreft verscheidene kinderen met lymfadenitis door atypische mycobacteriën. De naam zegt het reeds: geen typische tuberculose, welke bij kinderen foudroyant kan verlopen met z.g. generalisatie, doch van etterende lymfadenitis, waarbij de enige medicatie is: totale extirpatie van de klier. Medicatie van tuberculostatica heeft hierbij geen zin. Degenen die in vroeger tijden door handoplegging van dit 'King's evil'

genazen - het recht van Franse en Engelse koningen - hadden waarschijnlijk voor een deel geen lymfadenitis van echte tuberculose, doch een lymfadenitis van dit voor de mens minder virulente type.

Hoe de virulentie en pathogeniteit voor de species mens en de species zoogdier overigens kan verschillen, toont tabel 2. Het toont ook verschillen tussen jong en oud.

Tabel 2 Pathogeniteit en virulentie van 2 species mycobacteriën ten opzichte van 2 species zoogdieren en onderscheiden naar jong en oud

	Varken		Mens	
	big	volw.	kind	volw.
M. Tuberculosis	-	-	++	+
M. avium	++	+	+	-

- = geen symptomatologie
 + = 'milde' sympt., bv. lymfadenitis
 ++ = 'ernstige' sympt. met generalisatie

Bij diversen van de patiëntjes en hun ouders was veel onrust en onduidelijkheid over 'tuberculose', over al of niet medicamenteuze therapie, en al of niet extirpatie van de klier. Toen ik dieper in deze materie moest duiken, stootte ik behalve op mijn leermeester Van Zeben, die mij in deze ook had onderricht, op dr. Bleiker en zijn team, van de organisatie TNO van het International Tuberculosis Surveillance Centre (ITSC). Deze benaderde de problematiek van een geheel andere kant, nl. niet als onderzoeker van het geval, maar vanuit de vraag: Wat is de betekenis van de mycobacterie in het algemeen voor de bevolking?

Diende, en dient nog, de tuberculinereactie in de kliniek voor individuele diagnostiek, na het rigoureuze terugdringen van de tbc (ik noem in Nederland de namen van Styblo, Meyer, Bleiker, met als beleidsman wijlen Van Geuns), dient de reactie als monitor die de distributie van de besmettingskans van jeugdigen ten opzichte van typische en atypische mycobacteriën registreert, trends analyseert en, evenals de snuffelpaal in milieuonderzoek, op bepaalde maatregelen vooruitloopt. Tabel 3 toont over verschillende jaren het percentage schoolkinderen in Delft dat positief reageert ten opzichte van humaan tuberculine en ten opzichte van de Mantouxvloeistof van een atypische mycobacterie.

Tabel 3 Het percentage schoolkinderen (Delft, 1966, 1975, 1980 en 1985) dat positief reageert ten opzichte van humane PPD-vloeistof en ten opzichte van sensitine van *M. scrofulaceum* (Bleiker 1985)

Jaar	Aantal	PPD humaan tuberculine % induratie > 10 mm	PPD scrofulaceum
1966	6070	1,3	4,0
1975	6856	0,9	9,5
1980	5933	0,8	13,3
1985	4397	0,5	12,9

Terwijl de besmetting/expositie t.o.v. de humane tuberculosebacil steeds verder vermindert, neemt de expositie en waarschijnlijk subklinische infectie met de atypische mycobacterie klaarblijkelijk toe; de kinderen kregen tevoren geen BCG-vaccinatie.

Is de betekenis daarvan dat hierdoor een zekere weerstand wordt opgedaan tegen infectie met tuberculose, te vergelijken met BCG-vaccinatie? Een bescherming van de natuur? Atypische mycobacteriën komen namelijk overal voor, o.a. in aarde, in leidingwater. Verklaringen in dit opzicht zijn, ook volgens Bleiker, nog speculatief; meer onderzoek is daarvoor nodig.

Waar het hier om gaat is dat registratie in de tijd van belang is om meer van oorzaken te leren kennen en om risico's eerder te kunnen onderkennen, een bewakingsfunctie onder het motto: 'Meten is weten'. Steeds is daarbij terugkoppeling met de kliniek nodig. Niet alleen zijn er steeds explosies van typische tuberculose waar adequaat op moet worden gereageerd, doch ook de atypische mycobacterie, uit de grote doos van Pandora, grijpt steeds weer zijn kans (bij AIDS, bij cytostatische therapie) om zijn naam van opportunistische mycobacterie waar te maken.

Het voorbeeld is exemplarisch hoe klinisch en preventief onderzoek elkaar aanvullen.

Zo toog ik van het klinisch leven waar de arts geleefd wordt door de patiënt, het geval, naar de collectieve (basis)gezondheidszorg, waar actief methoden en programma's aan de groep worden aangeboden, waarbij de cliënt er niet om vraagt. Van geval naar getal, van curatie naar preventie: een grote stap.

51 - 62 jr: Preventieve tijd

Het initiatief tot de oprichting van het NIPG werd in 1929 genomen door twee medische hoogleraren alhier, de kinderarts Gorter en de oogarts/geneticus Van der Hoeven:

„Zij waren tot de conclusie gekomen dat het gangbare wetenschappelijk onderzoek bij patiënten wel de curatieve mogelijkheden van de geneeskunde vergrootte, maar dat daarnaast meer hygiënisch gerichte activiteit nodig

was om het ontstaan van ziekten te voorkomen en vroegtijdige herkenning en behandeling van ziekten te bevorderen."

Via Profylaxefonds, later Praeventiefonds, kwam het instituut in 1960 bij de Gezondheidsorganisatie-TNO. Delen anthropogenetica, virologie, demografie, epidemiologie, statistiek, groei en ontwikkeling bij jeugdigen, arbeidsonderzoek, ook veel beleidsonderbouwend onderzoek, werden en worden hier ontwikkeld en verspreid over het land. Naast onderzoek werd onderwijs ontwikkeld en onderhouden op het gebied van sociale geneeskunde, algemene gezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg en milieuhygiëne; onderwijs in combinatie met research, dé basis voor elke school of public health.

De afdeling/werkveld/thans sector Jeugd was altijd een belangrijk onderdeel. Met name Prof. de Haas in 1953, terug uit destijds Batavia, waar hij de kinder-afdeling van de „Fakultas Kedokteran" van het oude Burgerziekenhuis, thans universiteit van Jakarta, tot ontwikkeling bracht, gaf een grote stoot tot de ontwikkeling en uitbouw van sociaal-pediatriesch onderzoek.

Was het devies van De Haas als klinisch kinderarts „Een kind is pas dood als het dood is" - toen ik dat als jong assistent van hem hoorde bij een herdenking voor de 70-jarige Ten Bokkel Huinink sprak mij dat zeer aan - in zijn NIPG-tijd werd dat: „Gezondheidszorg zonder research is een schip zonder kompas".

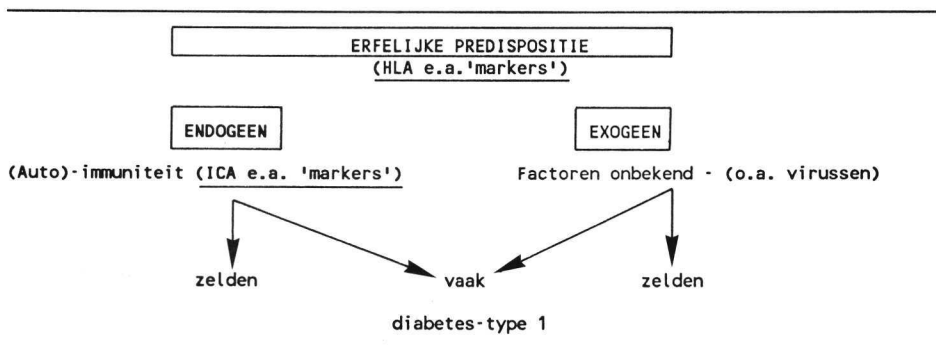
Hij ontwikkelde met zijn groep research in 3 onderling samenhangende gebieden: epidemiologie, groei en ontwikkeling, en evaluatie van kinderhygiënische activiteiten. Op het kompas van deze groep ontwikkelde zich de georganiseerde jeugdgezondheidszorg in Nederland. Ik noem als directe leerlingen van De Haas: Van Wieringen, Wafelbakker, Verbrugge en Flora van Laar en ik wil aan deze 'school' toevoegen Schlesinger-Was en Van der Meeren. De laatste als rapporteur van het Rapport uit 1972: Jeugdgezondheidszorg, inhoud en uitvoering van de subcie JGZ van de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne. Na het vertrek van De Haas in 1967 en van meerderen van de genoemden volgde een minder actieve tijd. Het instituut ontkwam ook niet aan de golf van 'democratisering' en onrust die in die jaren over Nederland ging. Vanaf 1975 nam De Jonge de draad op tot 1980; ik mocht mij in 1978 daarbij voegen. Op enkele onderzoeken van de laatste jaren wil ik iets nader ingaan:

Incidentieonderzoek diabetes

Diabetes bij jeugdigen is een ernstige ziekte, vooral door de complicaties op langere termijn. De ernst is de laatste jaren geleidelijk verminderd en de kwaliteit van het leven verbeterd door meer kennis van insuline en de toepassing daarvan, van dieet, leefstijl en zelfregeling. Indien een jeugdige met diabetes niet neigt tot proteïnurie, en dat is in meer dan 50% het geval, nadert de levensverwachting die van de open populatie. Er is de laatste jaren een stormachtige ontwikkeling naar het voorkómen van de aandoening zelf, primaire preventie.

Om preventie met interventie te kunnen toepassen moet men meer van de oorzaken, de determinanten, weten. Bij jeugddiabetes worden die grotendeels bepaald door factoren in de omgeving: van eenzijdige tweelingen is het bekend dat bij diabetes van één van beiden, de kans van de ander om in de loop van het leven eveneens diabetes te krijgen minder dan 50% is. Zoals bij veel ziekten/aandoeningen is het een mengsel van endogeen en exogeen, van 'nature' en 'nurture'. Het globale concept van Irvine is bij de pathogenese nog van kracht: Grotendeels onbekende exogene factoren kunnen het autoimmuunproces in beweging zetten, dat jaren kan sudderen voor de diabetes manifest wordt. En dit op basis van erfelijke aanleg, waarvan men thans de factoren ook beter kan bepalen (fig. 1).

Figuur 1 Aetiologie van type 1-diabetes, naar Irvine, 1977



Toen ruim 10 jaar geleden publicaties verschenen over een mogelijke toename van juveniele diabetes bij jeugdigen realiseerden wij ons dat er veel bekend was van individuele gevallen, doch dat het getal van de groep jeugdigen met diabetes in Nederland (de prevalentie), en het getal van nieuwe patiënten die er jaarlijks bij komen (de incidentie) bij benadering niet bekend was. Dat de medische vraagstelling beperkt bleef tot diagnose en therapie, doch dat ook medische vragen zijn: waarom kreeg dit kind diabetes, op dát tijdstip en vooral: is het in de toekomst te voorkomen? Er werd op initiatief van Prof. Tegelaers besloten tot een landelijk onderzoek naar de incidentie van diabetes bij jeugdigen: en wel via een retrospectief onderzoek bij alle klinische kinderartsen en internisten in Nederland naar de gevallen die in 1978, 1979 en 1980 hun 1e insuline-injectie kregen.

Bij de methodiek ging het erom niet alleen een hoge respons te krijgen (deze was van alle kinderartsen in Nederland 100% en voor alle internisten ruim 96%), doch hoe volledig was hun opgave?

Om de mate van onvolledigheid te kennen wordt de laatste jaren de noodzaak ingezien van z.g. ascertainmentonderzoek. Hierbij wordt via een andere ingang

de doelpopulatie (of een deel ervan) onderzocht en wordt nagegaan in hoeverre de gegevens uit het ene onderzoek overeenstemmen 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: een methode die wel gebruikt wordt om de visstand in een bepaald watergebied te bepalen (Bishop, 1978). 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 (DNV).

Tabel 4 toont de homogeniteit van de voornaamste onderzoeksgegevens. In diverse subgroepen wordt het aantal meldingen weergegeven in het specialistenbestand en in het DVN-bestand, met ascertainmentpercentage en meldingspercentage. Uit toetsing blijkt dat de variabelen geslacht en urbanisatiegraad (ook provincie, en maand en jaar van 1e insulineinjectie) niet van invloed waren op de meldings- en de ascertainmentpercentages. Voor de variabelen leeftijd van begin van insulinebehandeling en type specialist (kinderarts of internist) was dit wel het geval. Dit is begrijpelijk omdat de mate van volledigheid van de gegevens én de leeftijd van de patiënten beiden samenhangen met de soort arts (kinderarts of internist). Op grond hiervan werd het materiaal gesplitst naar deze 2 subgroepen, en mocht de incidentie worden berekend volgens:

$$I = i_{k.a.} \times \frac{1}{0,94} + i_{int} \times \frac{1}{0,75} = 1464;$$

per jaar 488 ($\pm$ 22) nieuwe patiënten van 0-19 jaar, dit is 11,0/100.000/jaar.

Tabel 4 Gevallen van insuline-afhankelijke diabetes in het specialistenbestand en in het DVN-bestand met ascertainment- en meldingspercentage in diverse subgroepen (1e Nederlandse incidentieonderzoek IDDM: 1978-1980; 0-19 jaar)

	Aantal gevallen in: specialisten- bestand	DVN- bestand	in beide bestanden	ascertainment- percentage	meldings- percentage	variantie
<i>Type specialist</i>						
Kinderarts	856	206	194	94	23	*p<0.001
Internist	415	99	74	75	18	
<i>Geslacht</i>						
man	682	167	145	87	21	
vrouw	589	138	123	89	21	
<i>Leeftijd van begin insuline inj.</i>						
0 - 4 jr	179	50	49	98**	27**	**p<0.02
5 - 9 jr	323	90	80	89	25	
10 - 14 jr	463	99	87	88	19	
15 - 19 jr	306	66	52	79	17	
<i>Urbanisatiegraad</i>						
platteland	170	40	34	85	20	
verstedelijkt	479	131	116	89	24	
grote gemeente	622	134	118	88	19	
<i>Provincie, maand van 1e insulineinjectie, jaar van 1e insulineinjectie</i>						
	...	...	...	..	..	
	...	...	...	..	..	

Tabel 5 Uit de incidentie berekende prevalentie van IDDM in Nederland naar leeftijds-groep per 1-1-1981*

Leeftijd (jaren)	Incidentie per 100.000/jr (1978-1980)	Prevalentie per 1-1-1981**	
		Absoluut	Per 1000
0 - 4	6.8	142	0.2
5 - 9	11.0	598	0.6
10 - 14	14.4	1346	1.1
15 - 19	10.5	2149	1.7
0 - 14	11.1	2086	0.7
0 - 19	11.0	4235	1.0

* Met de premisse dat de incidentie de laatste 20 jaar niet gewijzigd is; ook werd niet gecorrigeerd voor eventuele over- of ondersterfte en voor immi- of emigratie.

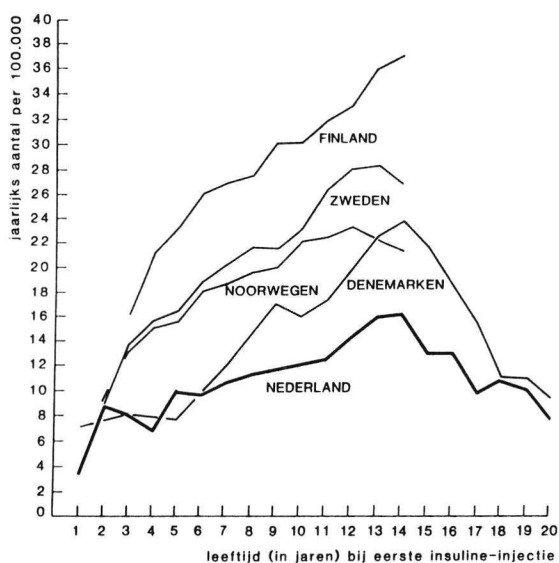
** Bevolkingsgegevens 1979 en 1980; CBS 1981, 1982.

Resultaten van dit en volgende onderzoeken waren:

- Goede getallen van incidentie en prevalentie (tabel 5).
- De mogelijkheid tot vergelijking met andere landen (met verschillen in genetische aanleg, klimaat, voeding, leefstijl e.a.) met in N.W. Europa de hypothese van een N.Z.-gradiënt (fig. 2). In Finland is het aantal jeugdigen met diabetes 3 x zo hoog als in Nederland, in Zweden en Noorwegen 2 x zo hoog; genetisch is daar geen verklaring voor.

- De bepaling van het sterfterisico bij het begin van, nog onherkende, diabetes in Nederland en in delen van Japan en de USA. Potentieel is deze sterfte te voorkomen.

Figuur 2 Incidentie naar leeftijd van het begin van diabetes (datum van 1e insulineinjectie) in de Scandinavische landen (Christau et al., 1981)



- Dat planning van behoefte aan toekomstige nierdialyse en -transplantatie beter mogelijk werd.
- Het thans mogelijk is om met dezelfde methodiek te bepalen in hoeverre de incidentie van diabetes bij jeugdigen de laatste 10 jaar is toegenomen. Een aanwijzing dat in Nederland de incidentie toenam is de toename van de prevalentie van diabetes bij gekeurden voor de dienstplicht (tabel 6). (Het keuringsprotocol is in de betreffende jaren niet veranderd en evenmin vormt oversterfte een verklaring).

Tabel 6 Prevalentie van diabetes per 100.000 manlijke gekeurden voor de dienstplicht (leeftijd 18 jaar; 1960-1987) en voor diabetes-mellitus specifieke mortaliteit per 100.000 mannen (0-19 jaar; 1945-1987) in Nederland

prevalentie/100.000/jr		voor diabetes mellitus specifieke mortaliteit/100.000/jr	
1960 - 1964	99	0,31	1945 - 1964
1965 - 1969	126	0,24	1950 - 1969
1970 - 1974	155	0,23	1955 - 1974
1975 - 1979	172	0,21	1960 - 1979
1980 - 1984	185	0,20	1965 - 1984
-----		-----	
1985 - 1987	212	0,16	1970 - 1987

Het betreft een toename van de incidentie van de jaarcohorten geboren tussen 1942 en 1970. In hoeverre er bij de na 1970 geboren eveneens aanwijzing is voor een stijging van de incidentie is de vraag. Terecht stelde recent de scenariocommissie 'chronische ziekten' van de Stuurgroep Toekomstscenario-onderzoek Gezondheidszorg dat in 1991 het incidentieonderzoek, 10 jaar na het eerste incidentieonderzoek, herhaald dient te worden, en wel met dezelfde methodiek (hetzelfde 'instrument'). (Het Diabetes Researchfonds heeft inmiddels toegezegd dat te zullen subsidiëren).

- Voor diverse regionale en landelijke onderzoeken op het gebied van diabetes (type 1), zijn de achtergrondgegevens van de onderzochte/te onderzoeken populatie ('de noemer') van belang.

Deze en andere studies in Europees (EURODIAB) en mondiaal verband (Diabetes Epidemiology Research International; Prof. Ronald La Porte, Pittsburgh) leveren bouwstenen voor de kennis van determinanten welke op den duur de pathogenese van diabetes verder zullen ontrafelen, hetgeen nodig is om effectieve preventie in de vorm van interventie te kunnen toepassen. Waar er nog zo weinig bekend is - zoals u zag is er noch voor de grote verschillen in incidentie in de wereld, noch voor de toename in Westerse landen een goede verklaring - zal dit nog een lange weg zijn.

Het incidentieonderzoek leert ons dat epidemiologie en statistiek basiskennis zijn voor preventief-medisch onderzoek. Dat eenvoudige getallen nodig zijn, en dat deze in Nederland met hulp van patiënten en professie te verkrijgen zijn van een omschreven gebied van meer dan 14 miljoen inwoners. Dat daarbij samenwerking met velen vereist is, in het bijzonder met de kliniek.

Naast de naam van Bruining wil ik bij het incidentieonderzoek vermelden die van Veenhof en Van der Klaauw, bij het keurlingenonderzoek die van Van Ormondt.

Evaluatieonderzoek neonatale screening

Alle pasgeborenen in Nederland worden spoedig na de geboorte 'gescreend' op het voorkomen van fenyلكetonurie (PKU), een aangeboren stoornis in de stofwisseling, en CHT, een aangeboren tekort aan schildklierhormoon. De laatste wordt meestal veroorzaakt door een tekort in de schildklier (primaire CHT), soms door een stoornis hogerop, in hypofyse en/of hypothalamus, resp. secundaire/tertiaire CHT. In de eerste levensweken is er in de meeste gevallen geen of onvoldoende aanwijzing om de diagnose op klinische grond te kunnen stellen. Het doel van screening is de aanvang van behandeling - bij PKU dieet, bij CHT schildklierhormoon - te vervroegen en daarmee irreversibele schade aan het centraal zenuwstelsel te voorkomen. Na 'piloot onderzoeken'; voor PKU in Friesland (Van Duyne toen op het Ministerie en wijlen collega Haverkamp

Begemann, provinciaal arts Jeugdgezondheidszorg), voor CHT in Zuid-Holland (vooral vanuit het NIPG, collega De Jonge en Derksen-Lubsen), werden in 1974 resp. 1981 de screeningen landelijk ingevoerd. Tevoren werd door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) een Landelijke Begeleidings Commissie (LBC)-PKU resp. CHT ingesteld waarin alle betrokken instanties zijn vertegenwoordigd.

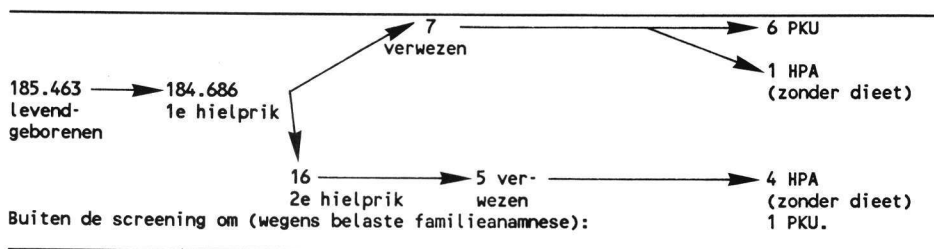
Een voorname taak van de LBC's is de evaluatie van het proces van screening en de evaluatie van de screeningsmethode. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het NIPG-TNO en is sinds 1986 opgenomen in het verstrekkingspakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Screening is pas mogelijk indien er een goede testmethodiek en een goede infrastructuur is, zoals in Nederland. Met zijn centrale landelijke registratie, analyse en kwaliteitsbewaking bevindt het NIPG zich in het midden van een web, met enerzijds de zuigelingen en hun ouders, de entadministraties met de verantwoordelijke provinciale artsen Jeugdgezondheidszorg, PKU- en CHT-laboratoria en kinderartsen, anderzijds de Landelijke Begeleidingscommissies aan wie wordt gerapporteerd, waarna op grond van de gegevens eventueel bijstelling in organisatie en procedure plaatsvindt.

Onder screenen (= zeven, ziften, wannen) wordt verstaan het toepassen bij (een deel van) de bevolking van een eenvoudige en op uniforme wijze uit te voeren test waarmee onderscheid kan worden gemaakt in een groep die de gezochte ziekte/aandoening mogelijk wel, en een groep die dat (zeer) waarschijnlijk niet heeft. De populatie zuigelingen wordt door screening dus verdeeld in een groep met een grote kans en een groep met een geringe kans op de aandoening. In het ideale geval beschikt men over een test die positief is voor alle gevallen met de aandoening en negatief voor alle gevallen zonder de aandoening. In de praktijk wordt men geconfronteerd met gevallen met een positieve uitslag die de aandoening niet hebben (z.g. fout-positieven) en gevallen met een negatieve uitslag die de aandoening wel blijken te hebben (fout-negatieven). Hoe meer men geneigd is om het aantal fout-negatieven te beperken, hoe groter het aantal fout-positieven zal zijn. Bij een te groot aantal fout-negatieven beantwoordt de screening niet aan het doel, een te groot aantal fout-positieven echter leidt tot een onnodige belasting van het gezondheidszorgsysteem met soms onnodige diagnostiek en behandeling, ongerustheid bij ouders, ook tot minder alertheid van alle bij de screening betrokkenen.

Bezien we het beloop van de PKU-screening in het afgelopen jaar:

Figuur 3a Stroomdiagram van het beloop van de PKU-screening in 1987

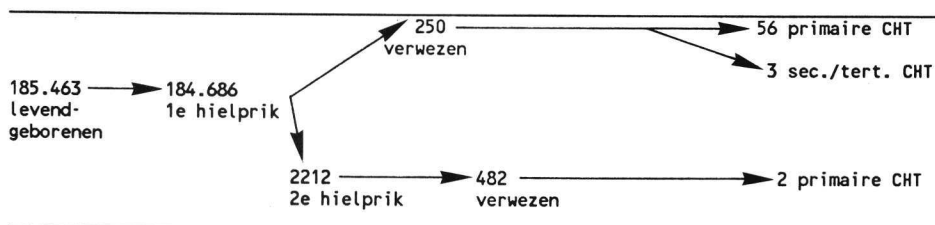


De deelname is zeer goed (99,6%). Het aantal 2e hielprikken bedraagt slechts 16 van de 184.686 gescreenden. Slechts 12 zuigelingen werden op grond van de screening verwezen, waarvan 6 vroegtijdig met dieet werden behandeld. De positief voorspellende waarde, de kans op de aandoening als de testuitslag(en) een indicatie vormt (vormen) tot verwijzing, is $\frac{6}{12} \times 100 = 50\%$, zeer hoog. Van de ruim 2.500.000 zuigelingen met een negatieve testuitslag in de afgelopen bijna 14 jaar bleken er slechts 2 te zijn waarbij achteraf PKU werd gediagnosticeerd. Mogelijk andere ontdekte fout-negatieven zouden de 8 pediatrische centra, verenigd in de LBC-PKU zeer waarschijnlijk ter ore zijn gekomen.

Conclusie: De negatief- en positief voorspellende waarden zijn bij de PKU-screening uitzonderlijk goed. Er is geen enkele reden de methode van screening te wijzigen.

Bij de CHT-screening ziet het stroomdiagram over het jaar 1987 er als volgt uit:

Figuur 3b. Stroomdiagram van het beloop van de CHT-screening in 1987



Het aantal 2e hielprikken is aanzienlijk hoger (2212; 1,2%) evenals het aantal verwijzingen van 732 (0,40%).

De negatief voorspellende waarde is bij de CHT-screening zeer goed. Van de bijna 1.400.000 zuigelingen met negatieve testuitslag in de afgelopen 8 jaar bleken er slechts 5 te zijn waarbij achteraf primaire CHT werd gediagnosticeerd; in de buitenlandse programma's is dit aantal 3-8 x zo hoog. De positief-voorspellende waarde is aanzienlijk lager dan bij de PKU-screening, bedraagt

61/732=8,3%, d.w.z. dat de kinderarts van 12 via screening verwezen kinderen slechts bij één CHT diagnostiseert.

Ten aanzien van *primaire CHT* voldoet de test goed, hoewel het aantal verwijzingen en daarmee de voorspellende waarde en ook het hoge aantal 2e hielprikken verbeterd kunnen worden. Dank zij de registratie en analyse van alle screeningswaarden van de afgelopen jaren en de diagnostische gegevens van alle kinderartsen, ik noem hierbij de Werkgroep Experimentele Pediatrische Endocrinologie te Amsterdam, kan de voorspellende waarde per screeningscategorie worden bepaald en het discriminerend vermogen van diverse scenario's worden berekend (tabel 7).

Tabel 7 Discriminerend vermogen van screeningsvarianten t.a.v. primaire CHT: A (1981 t/m 1982), B (1983 t/m 1988), C t/m E (alternatieven)

	geïndiceerde 2e hielprik		sensibiliteit	specificiteit	voorspellende waarde +	primaire CHT gemist
	%	n/jaar*	%	%	%	n/jr*
A						
B	1,28	2304	98,8	99,55	6,1	0,6
C	0,10	180	96,6	99,86	16,7	1,8
D	0,10	180	96,3	99,96	40,5	1,9
E	0,28	504	97,8	99,94	31,6	1,2

* Uitgaande van 180.000 gescreende kinderen per jaar

Legenda bij tabel 7:

Verwijzing op:

- A. 1981-1982 TSH + T4 bij allen
- B. 1983-1989 als A, echter bij prematuren alleen TSH
- C. Alternatief 1 als B, doch geen actie op dubieuze T4 (wel op positieve T4)
- D. Alternatief 2 als B, doch alleen TSH
- E. Alternatief 3 als D, doch afkapgrens TSH lager.

In 1981 werd in Nederland gekozen voor een methode waarbij zo min mogelijk zou worden gemist en ook voor screening op beide vormen: niet alleen op primaire CHT, met een TSH-test, doch ook op secundaire/tertiaire vormen waarbij een T4-test noodzakelijk is. De andere Europese landen kozen voor screening alleen op TSH; in Nederland zou in een later stadium deze keus op grond van meer gegevens kunnen worden herzien.

De keuze tot één van de hierboven vermelde scenario's hangt samen met de keuze ten aanzien van de opsporing van gevallen van *secundaire/tertiaire CHT*, via een verlaagd T4. Deze waarden blijken de voornaamste bron te zijn van het hoge aantal fout positieven (90%) en slechts bij 0,8% hiervan wordt secundaire/tertiaire CHT gevonden. Voor screening op secundaire/tertiaire CHT is de huidige screeningsmethode derhalve minder geschikt. Screening op secundaire/tertiaire CHT voldoet in veel mindere mate als screening op primaire CHT aan

de criteria van Wilson en Jungner. Deze formuleerden in 1968 de voornaamste elementen die bij de beslissing tot screening een rol spelen (tabel 8).

Tabel 8 Criteria voor screening, vlgs. Wilson en Jungner

Er dient te zijn:

- een belangrijk gezondheidsprobleem;
 - een geaccepteerde therapie;
 - goede voorzieningen voor diagnostiek en behandeling;
 - een herkenbaar vroeg-symptomatisch stadium;
 - een geschikte en acceptabele test;
 - bekend natuurlijk beloop;
 - consensus over wie men dient te behandelen;
 - een goede kostenverhouding;
 - een gunstiger prognose bij degenen die in een eerder stadium van de aandoening behandeld worden.
-

De nadelen om behalve op primaire CHT, eveneens te screenen op secundaire/tertiaire CHT, dienen te worden afgewogen tegen de voordelen van vroegtijdige opsporing van diverse van deze gevallen. Daarbij is er een natuurlijke tegenstelling tussen de op de populatie ingestelde sociaal-geneeskundige/epidemioloog en de klinicus, die het geval in het oog en in het hart heeft. Bij die afweging en keuze is evaluatieonderzoek essentieel. „Gezondheidszorg zonder research is als een schip zonder kompas”.

Daarbij moeten we ons realiseren, en in de toekomst waarschijnlijk nog meer dan thans, dat alles kan, doch niet alles moet, dat die ene die nog vroegtijdiger moet worden opgespoord ten koste gaat van anderen, dat „het betere wel de vijand van het goede kan zijn”.

Evaluatieonderzoek is bij een grootschalig bevolkingsonderzoek als neonatale screening essentieel om het programma zo optimaal en zo effectief mogelijk te laten verlopen. Ik wil bij dit onderzoek thans noemen de jonge onderzoeker Paul Verkerk.

Enkele andere onderzoeken

Ik mocht u 2 voorbeelden geven van ons werk alhier. Kort wil ik in dit bestek nog 2 andere exempels noemen; zoals alle onderzoek, met vallen en opstaan:

- Zijn aparte VTO-teams in de Nederlandse situatie gewenst? Wij concludeerden uit inventariserend onderzoek in geheel Nederland dat er zeker meer samenwerking zou moeten wezen op dit terrein en meer duidelijkheid in de begeleiding van de cliënt. De sprong dat dit overal zou moeten resulteren in aparte regionale VTO-teams konden wij echter niet op onderzoek funderen: In verschillende regio's bleek dat een goede samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen rond VTO mogelijk bleek, zonder dat er een aparte structuur in de vorm van een apart team was, en zonder dat er

speciale functionarissen daarvoor waren aangesteld. Vóór ons onderzoek en de besprekingen daarover waren beëindigd, werden door onze opdrachtgevers (Ministerie WVC en Landelijke Commissie VTO) reeds diverse arbeidsplaatsen aan VTO-samenwerkingsverbanden en VTO-teams vergeven. Wij herkenden onze situatie in de uitspraak van Gaspard de Jong dat bij beleidsonderzoek „Kennis macht is, maar dat macht meer is dan kennis”. De lering was dat niet elk onderzoek zo maar moet worden uitgevoerd. Dat er in het voortraject meer duidelijkheid moet zijn ten aanzien van de vraagstelling én de toepassing. Uitdrukkelijk willen wij met onze kennis van het veld en onze inhoudelijk medische kennis bij het implementatiebeleid van door ons uitgevoerd onderzoek betrokken zijn en ons niet tot epidemiologie-sec beperken (zie Hofman in v.d. Maas e.a., 1989).

- En van de laatste jaren het SMOCK (Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen)-project onder leiding van Herengreen, een longitudinaal observationeel onderzoek van 2000 pasgeborenen die tot hun 2e verjaardag zullen worden gevolgd. Het werd opgezet als „normale” referentiegroep ten opzichte van het POPS-onderzoek (van alle ernstig prematuur- en dysmaatuur geboren in 1983 in Nederland, o.l.v. Pauline Verloove-Vanhorick). Weliswaar wees het naonderzoek van het POPS-bestand uit dat de kinderen op de leeftijd van 2 jaar weinig handicaps toonden - terecht reden voor de Staatssecretaris om de plannen voor optimale zorg van de commissie Neonatologie van de NVK te honoreren - doch in vergelijking met wie zijn ze gezond? Referentieonderzoek is daartoe nodig. Het belang van SMOCK stijgt echter uit boven dat van alleen vergelijking met POPS. SMOCK zal nl. een schat van informatie bevatten van 'normale', 'gezonde' kinderen, waarvan in diverse opzichten minder bekend is dan van zieke. In het verlengde van SMOCK liggen Peilstations Jeugdgezondheidszorg in diensten Jeugdgezondheidszorg die, vanuit hun epidemiologische taak, een continue monitorfunctie zullen gaan vervullen.

In dit verband noem ik ook het project Prospectief Vaccinatie Onderzoek waarin bij een referentiegroep van ruim 100 kinderen longitudinaal de immuniteit wordt gevolgd vanaf de geboorte tot het 15e levensjaar. Dit onderzoek werd opgezet met wijlen Kick Spook, in samenwerking met het RIVM (collega Hannik, e.a.).

Opleiding CB-artsen

Onderzoek én onderwijs: enkele woorden nog over de opleiding van cb-artsen. Tot voor enkele jaren was het cb-artsenvak één van de weinige gebieden van medisch werk waarvoor geen specifieke scholing werd gegeven. Een verklaring hiervoor is moeilijk te vinden. Met De Jonge werd 11 jaar geleden gestart met een applicatiecursus, met als doel het geven van basisinformatie en scholing in de praktijk ten behoeve van de goede vakuitoefening van het cb-werk en ter kennismaking met de sociaal-medische attitude. De inhoud wordt in tabel 9

weergegeven. Een belangrijk uitgangspunt is de ouders te bevestigen in hun verantwoordelijkheid bij de opvoeding tot volwassenheid van hun kind.

Tabel 9 Inhoud van de applicatiecursus voor cb-artsen

I. Onderwerpen in het theoretisch deel:	II. Taken praktijkopleiding:
- doel en taak JGZ - organisatie en werkwijze CB's - groei en ontwikkeling - voeding en voedingsstoornissen - immunisatie - tijdig signaleren van pathologie (VTO) - zintuigontwikkeling en onderzoek - opvoedingsvragen - epidemiologie en screening - registratie in het gezondheidsdossier - richtlijnen voor samenwerking en verwijzing - gezondheidseducatie (GVO) - communicatieve vaardigheden	- oefenen praktische vaardigheden - oefenen in de praktijk van registratie - verkrijgen van inzicht in de taakverdeling - omgaan met andere dienstverleningen t.b.v. jeugdigen (sociale kaart) - verkrijgen van inzicht in de mogelijkheden van collegiale ondersteuning

Naast cb-artsen-sec en huisartsen nemen van diverse pediatrie centra ook assistent-kinderartsen aan de cursus deel. Zij ervaren de preventieve setting als een geheel andere, vaak ook nieuwe, visie op medische zorg voor het kind.

De cursus voorziet in een behoefte en werd spoedig op 4 andere plaatsen overgenomen, in PAOG-verband, landelijk gecoördineerd. Meer dan 1300 artsen volgden inmiddels de cursus en verwierven het certificaat, een zeker keurmerk. De cursussen droegen bij tot verbetering van de kwaliteit en het zelfvertrouwen in het werk en tot betere professionele interactie, ook in de samenwerking met de verpleegkundige van het cb-team.

Gerealiseerd dient dat het theoretisch deel van slechts 60 uur en ook het praktijkdeel slechts een klein pakket vormen van de opleiding tot jeugdarts (sociaal-geneeskundige, tak jeugdgezondheidszorg). De applicatiecursus is een begin, een minimumvoorwaarde, om het cb-artsenvak te mogen uitoefenen. Het is tevens het minimumpakket dat eveneens in elke (nieuwe 2-jarige) huisartsopleiding en in elke (nieuwe 5-jarige) kinderartsopleiding aanwezig dient te zijn (voor een deel reeds is). Wat de inhoud van het cb-werk betreft ben ik van mening dat het pakket dat de Nederlandse zuigeling en peuter krijgt aangeboden bij de tijd en op maat is. Met name de toepassing van het ontwikkelingsonderzoek (Van Wiechenonderzoek), en screening op visus en gehoor zijn tijdrovend doch zouden niet dan met aanzienlijk kwaliteitsverlies aan het kind kunnen worden onthouden. De scholing is er mede voor om de vakuitoefening zo effectief mogelijk te doen zijn, evenals de taakverdeling tussen arts en verpleegkundige.

Wat betreft de uitoefening van het cb-werk ben ik van mening dat de huisarts als cb-arts kan en moet kunnen fungeren mits hij/zij zijn deskundigheid op dit gebied verwerft en bijhoudt (met name wat betreft de sociaal-medische kant en op het gebied van 'jeugd') en zich voegt in de structuur van de jeugdgezond-

heidszorg 0 tot schoolgaand. Ik ben het niet eens met het rapport van de Commissie Opleiding Consultatiebureauartsen van de Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen „Waarom de opleiding sociale geneeskunde, tak Jeugdgezondheidszorg voor consultatiebureauartsen noodzakelijk is" en het door het Centraal Bestuur LVSG overgenomen standpunt „dat voor het vervullen van vacatures voor cb-artsen slechts opgeleide en in opleiding zijnde jeugdartsen in aanmerking komen." Ook hierbij zou het betere de vijand van het goede kunnen zijn.

BESCHOUWING

In mijn terugblik heb ik de veel gestelde vraag beantwoord:

- 'Wat doe je daar nu?'

In mijn beschouwing wil ik trachten een antwoord te geven op:

- Wat is preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen, en hoe zie je de lijn van onderzoek en onderwijs op dat gebied?;
- Hoe zie je de functie van de sector Jeugd van het NIPG daarin?; vervolgens
- Hoe zie je de verhouding kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg?; en
- Wat bedoel je met de titel van je rede?

Preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen

Definities

Wat is preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen? Hiertoe enkele definities, ontleend aan diverse rapporten:

Preventie: Het actief voorkómen van ziekten via het beschermen en bevorderen van gezondheid;

Gezondheid: Een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, en niet alleen de afwezigheid van ziekte (WHO, 1961);

Gezondheidszorg voor jeugdigen: Het geheel van activiteiten op het gebied van de sociale, preventieve en curatieve geneeskunde voor jeugdigen;

Kindergeneeskunde: de vooral curatieve geneeskunde voor jeugdigen;

Jeugdgezondheidszorg (= Basisgezondheidszorg voor jeugdigen = sociale pediatrie = kinderhygiëne = moeder- en kindzorg = in Vlaanderen kindervelzijn): Het deel van de volksgezondheidszorg dat zich bezig houdt met de ontwikkeling van collectief preventieve gezondheidszorg;

Collectief: Systematisch gericht op het bereiken van de gehele bevolking (bevolkingsgroepen); vanuit collectief oogmerk kan de uitvoering van zorg per individu plaatsvinden.

Doelstelling van jeugdgezondheidszorg is: 'Bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen'.

Een goede karakterisering is: „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" (De Haas, 1964).

Een nieuw (weer) verworven inzicht is: „Gezondheidszorg is alleen zinvol als een bijdrage wordt geleverd aan gezondheid" (Lim-Feijen, 1988).

Een continue lijn

Hoe zie je de lijn van onderzoek en onderwijs op dit gebied?

Uit de voorbeelden die ik u gaf in mijn terugblik zag u reeds dat het onderzoek nog dezelfde drie, onderling samenhangende, velden van De Haas beslaat: epidemiologie, groei en ontwikkeling en evaluatie van kinderhygiënische activiteit. De benamingen zijn alleen anders geworden. Zo worden thans wel onderscheiden *gezondheidsonderzoek* en *gezondheidszorgonderzoek*:

Het project rond VTO-samenwerking is een typisch gezondheidszorgonderzoek, evenals b.v. onderzoek naar psychosociale teams voor kinderen in ziekenhuizen (onderzoek met Tine Kuiper) en onderzoek naar deelname aan de preventieve gezondheidszorg door kinderen van migranten (onderzoek met Tine Kuiper en Betteke Schlesinger). Het diabetesonderzoek is vooral gezondheidsonderzoek (kennis van oorzakelijke factoren die tot preventie kunnen leiden) en het screeningsonderzoek gezondheidszorgonderzoek (hoe doelmatig en effectief is de voorziening).

In de praktijk lopen deze 2 soorten onderzoek wel dooreen: Het diabetesincidentieonderzoek heeft een duidelijke zorgkant: Hoeveel voorzieningen zijn er in de toekomst nodig? En omgekeerd heeft het screeningsonderzoek een duidelijke gezondheidskant: Niet alleen jaarlijks 10, resp. 60 kinderen die gezond opgroeien, doch ook meer kennis van de schildklier op deze jonge leeftijd (pathologie en fysiologie), hetgeen leidt tot betere diagnostiek/behandeling, en preventie (genetisch advies).

Evenals curatie en preventie op elkaar ingrijpen tonen gezondheids- en gezondheidszorgonderzoek veel overlap en samenhang.

Toen ik aan het eind van de zeventiger jaren alhier mijn werk begon was er een sterk accent op gezondheidszorgonderzoek, van voorzieningen en structuren. De laatste jaren wordt, mijn inziens terecht, gezondheidszorg als afgeleide gezien van gezondheid en wordt het accent gelegd op gezondheidsonderzoek en gezondheidsbeleid, waaruit onderzoek naar de voorzieningen dient voort te vloeien.

Gezondheid is veelomvattend. Uit de onderzoeksvoorbeelden die ik u schetste waren er erfelijke factoren (predispositie, aanleg, ook ten aanzien van groei en ontwikkeling) en omgevingsfactoren (bij kinderen thuismilieu, schoolmilieu, voeding, leefwijze). Veel veronderstelde factoren en determinanten moeten nog onderzocht en al of niet aangetoond worden. Hierbij is er niet alleen een medische invalshoek doch is er ook die van het milieu (de rol van het leidingswater als determinant bij de weerstand tegen typische en atypische mycobacteriën; de hypothese ten aanzien van de toename van diabetes in westelijke landen); en voorts, zeer zeker bij jeugdigen die opgroeien en zich ontwikkelen, psychosociale factoren.

Behalve van gezondheidszorgonderzoek naar gezondheidsonderzoek trad er een verschuiving op van meer instrumentontwikkeling (ik noem uit de school De Haas de ontwikkeling van de gehoor- en visusscreening, groei- en rijpingscur-

ves, ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau) naar longitudinale cohort-studies en andere vormen van doorlopende registratie. De Jonge en Van der Klaauw begonnen aan het eind van de zeventiger jaren met onderzoek naar rookgewoonten en het geven van borstvoeding, ik noemde u van de laatste jaren diverse andere longitudinale studies.

Daarnaast vond een verdere verschuiving plaats, u herkende dat in de voorbeelden, naar:

- Eerder onderzoek, in een stadium dat er nog geen ziekte is: van patiënt naar cliënt (de naamsverandering van het Instituut in 1979 van Praeventieve Geneeskunde naar Praeventieve Gezondheidszorg geeft deze trend ook weer); en
- Meer populatiegericht onderzoek, collectieve preventie: van geval naar getal.

De beste karakterisering van de aard van ons werk vind ik dat wij een bijdrage willen leveren aan 'gezondheidspolitie', zoals een zekere Pruys van den Hoeven dit in 1859 beschreef: „Niet daarin is de waarde der geneeskunde voor de maatschappij gelegen, dat zij zieken geneest, of verborgen kwalen ontdekt en ontleedt. Zij heeft eene hogere roeping, die tot heden te weinig gevoeld of geschat is. Zij moet waken voor de gezondheid der maatschappij, en hierin, in die gezondheidspolitie ligt haar eigen kracht en wezen."

Grote onderzoeksvelden liggen nog braak: ik denk aan chronische ziekten (diabetes-type 1 is slechts één voorbeeld), perinatologie (een groot en belangrijk gebied); onderzoek bij adolescenten (deze groep noemde ik u in dit bestek te weinig), en voortgaand evaluatieonderzoek van de Jeugdgezondheidszorg. Er zal ook steeds bij alle ontwikkelingen onderwijs ter verbreiding nodig blijven.

Ook hierin is er een continue lijn.

De functie van de sector Jeugd van het NIPG

What's in a name

Na een antwoord op de vraag naar de aard en de lijn van het onderzoek alhier wil ik thans nader op de functie van de sector Jeugd van het NIPG/TNO ingaan. Hoe dat beter te doen dan te zien naar de naam.

Nederlands.....: De onderzoeken die ik u noemde vragen om landelijk onderzoek. Vooral bij de huidige tendens naar decentralisatie en regionalisering (gezondheidsregio's, lokale erkende kruisorganisaties) is voor de uitvoering van veel onderzoeks- en onderwijsprojecten een landelijk instituut gewenst.

...Instituut benadrukt het belang van continuïteit en van concentratie van kennis en expertise, met de mogelijkheid tot differentiatie en van communicatie tussen verschillende richtingen en disciplines. Deze communicatie is niet gemakkelijk, wel nodig. Met een infrastructuur van enige omvang, ik denk aan de afdeling statistiek met een netwerk van pc's, bibliotheek en documentatie, deskundige administratieve ondersteuning, reprografie etc. Met een directie die voorwaarden schept en onderhoudt in zijn contacten naar buiten (ministeries, universiteiten, TNO-organisatie, subsidiegevers) en naar binnen, hierin gesteund door een Raad van Advies en een wetenschappelijke staf van enige omvang en niveau. Voor een goede onderzoeks- en onderwijs'cultuur' is een zekere grootte voorwaarde.

.... voor Praeventieve Geneeskunde (1929-1979)

.... voor Praeventieve Gezondheidszorg (1979-....)

In het voorgaande ging ik nader op praeventieve gezondheidszorg in.

TNO = Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek(/Onderwijs), „research voor de praktijk" waarbij tussen de Toepassing en de Wetenschap het juiste evenwicht steeds moet worden bepaald.

Sektor: Na afdeling en werkveld, is er een lange tijd geweest van meer individueel werken met het onderzoeksproject als voornaamste eenheid. De laatste jaren is er wederom bundeling en coördinatie in een groep, thans sektor geheten, waarbij de opbrengst, tegenwoordig output geheten, zowel kwantitatief als kwalitatief meer wil zijn dan de som der delen.

... Jeugd

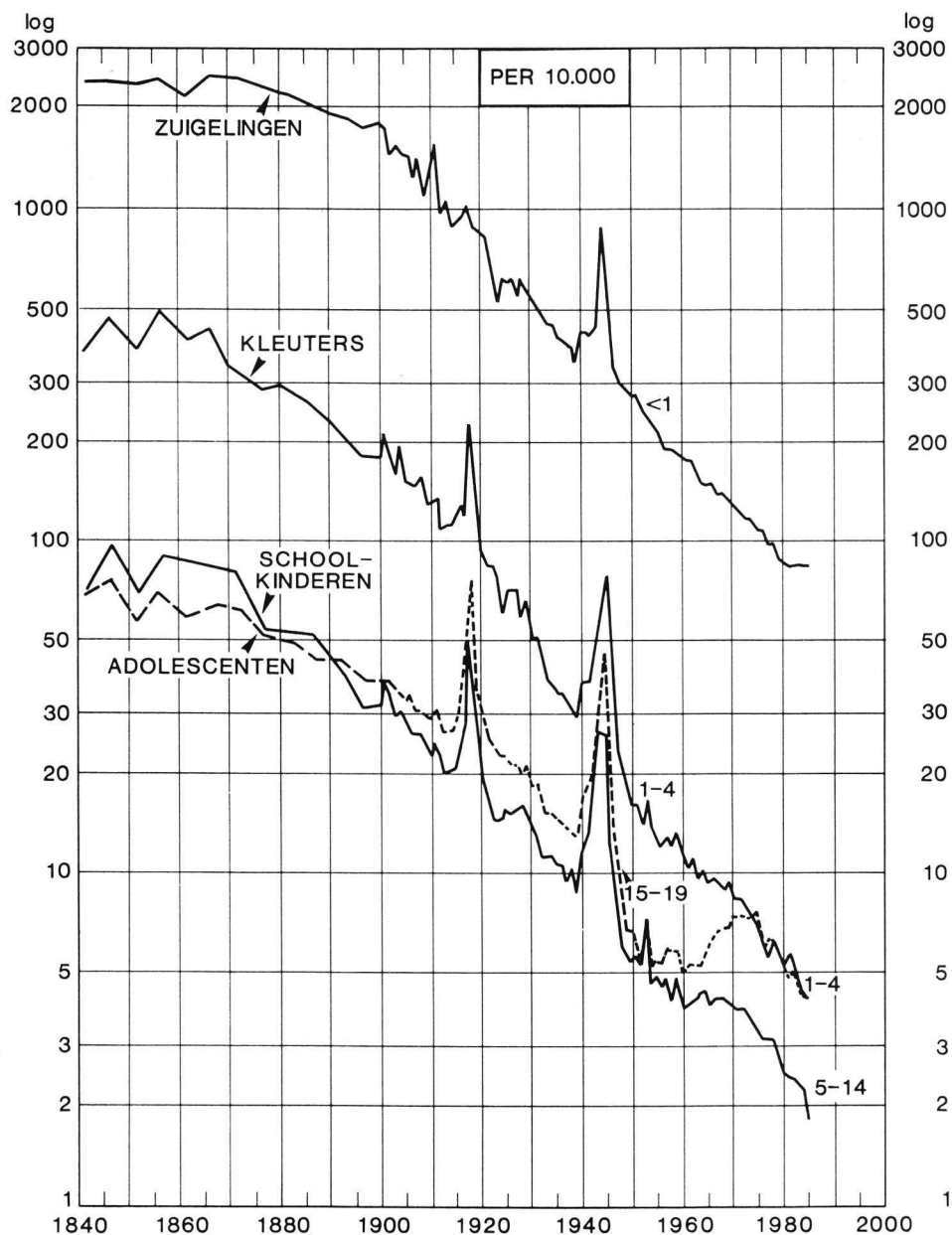
Voor jeugd is preventie van nog meer belang dan voor ouderen. In geen enkel deel van de bevolking kan preventie zo vroeg en zo effectief worden toegepast. Het kind dat geen 'kleine volwassene' is, waar soma en psyche en milieu wel zeer nauw verweven zijn en dat niet alleen wat betreft groei en ontwikkeling, doch ook wat betreft ziekte en gezondheid, zijn eigen aard heeft. Waarbij de zorg voor het kind die van de ouder/verzorger impliceert.

Mede door preventieve maatregelen is de sterfte in alle leeftijdscategorieën jeugdigen in de afgelopen jaren meer dan gedecimeerd (fig. 4).

Het is ook noodzakelijk dat de jeugdige gezond is. Het aantal jeugdigen is weliswaar 2x zo groot als een eeuw geleden, doch de 'last' van de ouderen zal in de toekomst vele malen groter zijn. Figuur 5 laat zien dat het draagvlak 'jeugdigen' minder houvast en evenwicht biedt dan vroeger.

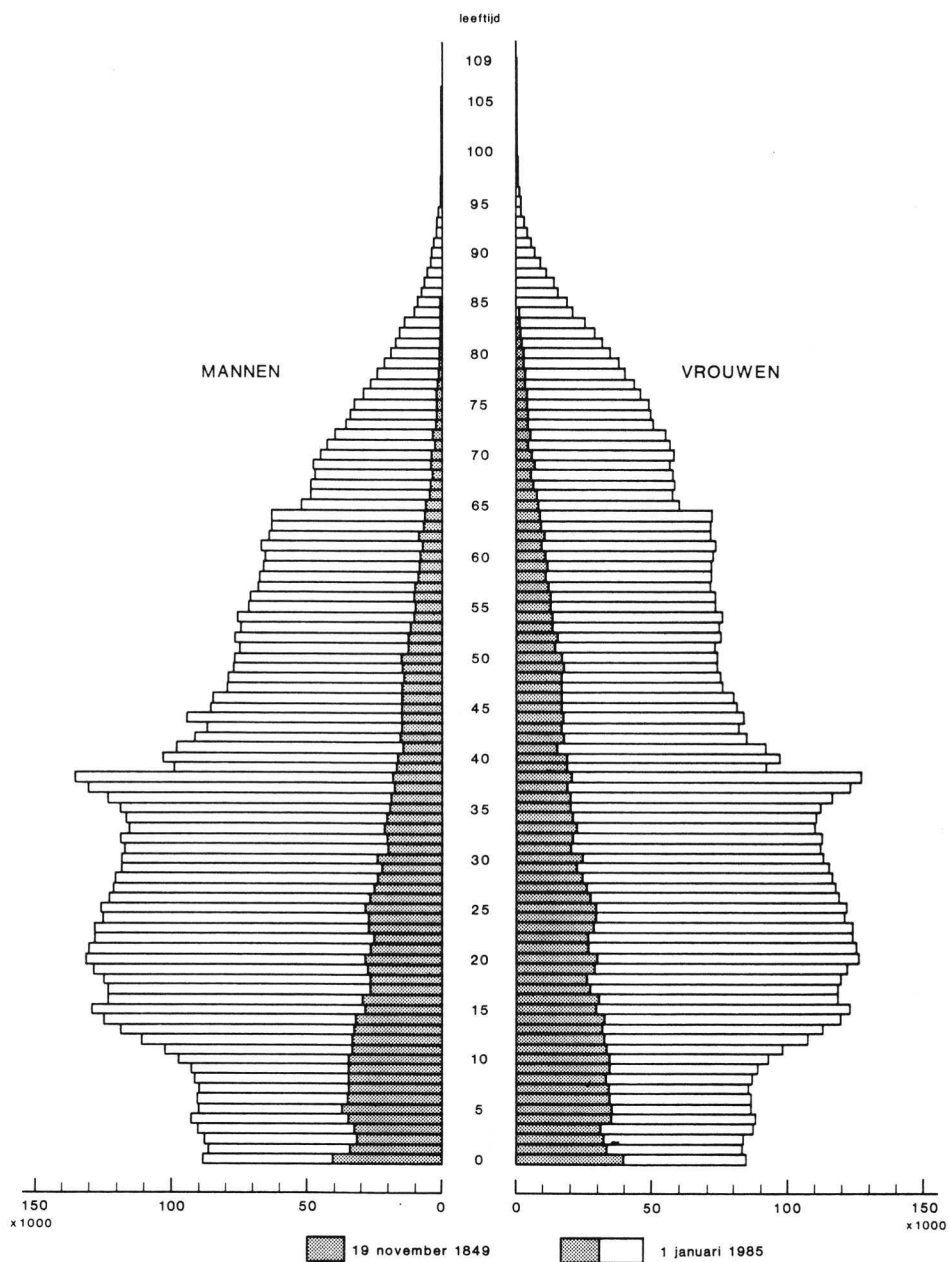
Met deze oratio pro domo wil ik zeggen dat ik meen dat de visie van Gorter en Van der Hoeven een juiste was.

Figuur 4 Sterfte van jeugdigen in Nederland van 1840-1985, naar leeftijdsgroep



(CBS; grafische weergave NIPG-TNO)

Figuur 5 Bevolking van Nederland naar leeftijd en geslacht, 1849 en 1985



De functie in de praktijk

Een structuur mag goed zijn, het werk wordt ingevuld door mensen en het verhoudt zich tot andere structuren op hetzelfde terrein.

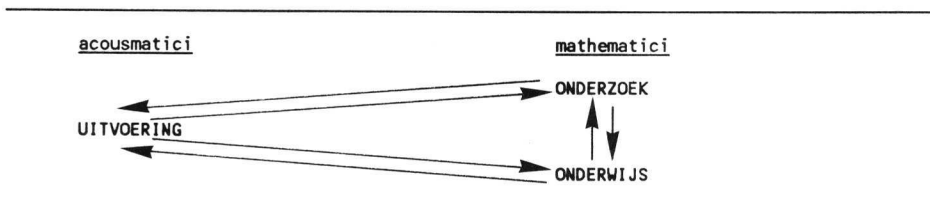
Voor de functie van het NIPG (sector Jeugd) in de praktijk in Nederland wil ik wederom teruggaan naar de Pythagoreeërs: 25 eeuwen geleden meenden zij dat gezond zijn de grond is van welzijn en zich verheugen, maar ook dat uit welzijn en zich verheugen niet per se gezondheid volgt.

Zij kenden 2 stromingen:

- de acousmatici, die streng naar de spreken van Pythagoras leefden: „Hij heeft het zelf gezegd”. Voor de werkers in het veld essentieel. (Wij spreken thans in de kliniek van 'protocolaire geneeskunde' en „consensus”; in de sociale geneeskunde wordt reeds lang gewerkt volgens „gestandaardiseerde programma's" en „met een voorgeschreven verslaglegging”), én
- de mathematici, die een benadering vanuit de mathematica voorstonden: Wij zouden thans zeggen: 'op grond van wetenschappelijk onderzoek', en 'epidemiologisch/statistisch onderbouwd'.

In de gezondheidszorg voor jeugdigen zijn deze 2 stromingen ook duidelijk te onderkennen (fig. 6).

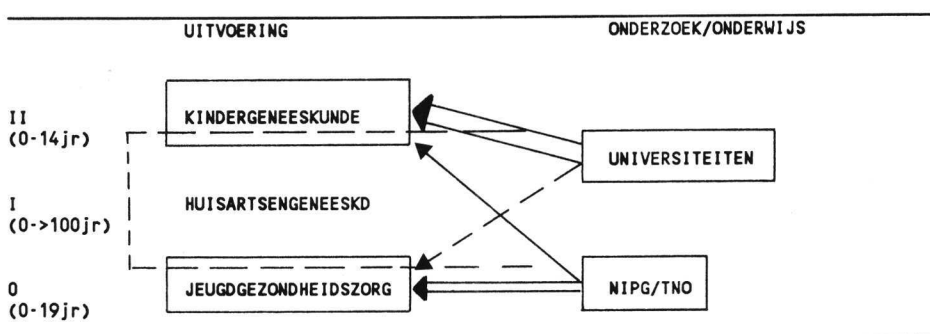
Figuur 6 Gezondheidszorg in alle tijden, schematisch



Aan de ene zijde de uitvoering van de zorg, curatief en preventief, aan de andere zijde onderzoek en onderwijs. Alle 3 in interactie met elkaar.

Figuur 7 geeft aan door wie in de huidige gezondheidszorg voor jeugdigen die zorg wordt geboden.

Figuur 7 De huidige gezondheidszorg voor jeugdigen in Nederland, schematisch



Aan de uitvoeringskant het veld van kindergeneeskunde (met kinderartsen) en jeugdgezondheidszorg (met bij de schoolgaanden grotendeels jeugdartsen, bij de 0-4-jarigen jeugdartsen, huisartsen, cb-artsen-sec en kinderartsen).

De kindergeneeskunde wordt gevoed door de universiteiten, op 8 locaties. De jeugdgezondheidszorg wordt door de universiteiten slechts spaarzaam bedield. In de staven van de 8 vakgroepen sociale geneeskunde/maatschappelijke gezondheidszorg is er alleen in Rotterdam een gekwalificeerd jeugdarts (wier hoofdtaak in het NIPG ligt). In de 8 vakgroepen kindergeneeskunde is er slechts één, bijzonder, hoogleraar sociale pediatrie (Utrecht), tevens hoofd van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG&GD aldaar. De vakgroepen aan de VU en de Universiteit van Maastricht, die volgens hun opdracht extramurale gezondheidszorg zouden ontwikkelen, laten dit, althans wat jeugdgezondheidszorg betreft, afweten. Gezien alle beperkingen is het niet te voorzien dat er in de komende tijd een essentiële verandering in dit opzicht zal komen.

Het NIPG voorziet hier in een lacune met een concentratie van kennis en expertise op het brede terrein van onderzoek en onderwijs in jeugdgezondheidszorg. Daarnaast heeft het NIPG een onderzoekstaak in directe samenhang met de kindergeneeskunde (onderzoek van neonatale screening, diabetesonderzoek, VTO-onderzoek, SMOCK e.a.) en participeert eveneens in het curriculum kindergeneeskunde voor de basisarts en, zoals ik besprak in de opleiding tot kinderarts. (Op de rol van de huisartsgeneeskunde ga ik in dit bestek niet nader in. Het is duidelijk dat aan de uitvoeringskant preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen van de huisarts van belang is. Onderzoek en onderwijs, universitair en vanuit het NIVEL) zal in interactie met de universitaire vakgroepen en eveneens met het NIPG dienen te geschieden).

Dit in antwoord op de vraag: „Hoe zie je de functie van het NIPG in de prae-ventieve gezondheidszorg voor jeugdigen?”

Kindergeneeskunde en Jeugdgezondheidszorg

Hoe zie je de verhouding Kindergeneeskunde en Jeugdgezondheidszorg?

Bezien wij nogmaals de uitvoering van de huidige gezondheidszorg voor jeugdigen (fig. 7): Kindergeneeskunde (curatief en individugericht) en jeugdgezondheidszorg (meer preventief en gericht op de groep) zijn hiervoor primair verantwoordelijk.

Hoewel de grenzen tussen curatieve en preventieve zorg niet steeds scherp zijn aan te geven, zijn er 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 één 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. De kindergeneeskunde wordt geconfronteerd met: „Is mijn kind ziek?“ Jeugdgezondheidszorg heeft haar wortels in de vraag: „Is mijn kind gezond, en wel zo gezond mogelijk?“

Is die verschillende benadering, die andere pet/witte jas, wezenlijk? Enerzijds wel: houding en kijk op de mens zijn verschillend. Het stuk 'routine' bij preventie staat haaks op zorg aan de individuele patiënt. Anderzijds is er bij jeugdigen die gezien worden op CB en schoolartsdienst, en de jeugdigen die komen bij de kinderarts, een grote overlap. Met name het consultatiebureau voor zuigelingen heeft naast de collectieve kant een sterke individuele benadering van kind en verzorger. Ook mocht ik u tonen hoe preventief en curatief op elkaar ingrijpen.

Vanuit mijn uitkijkpost op het medisch gebeuren, thans sinds meer dan 40 jaar, vanuit verschillende posities, heb ik de enorme ontwikkeling van kindergeneeskundige zorg gezien en ± parallel in de tijd de enorme ontwikkeling van jeugdgezondheidszorg. Ik zag hoever zij in Nederland - meer dan waar ook ter wereld - uiteengingen, ook hoezeer zij van nature samenhangen en elkaar nodig hebben. Ik mocht de laatste jaren waarnemen hoe beide vakgebieden elkaar weer naderen, elkaar weer meer willen complementeren; bij de NVK noem ik in dit verband de recente naamsverandering van de Sectie Psychosociale Kindergeneeskunde (SPK) naar Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde (SSPK).

Als arts van jeugdigen mag ik kenmerken van groei en ontwikkeling mogelijk meer verstaan en duiden: Zoals de kindergeneeskunde zich sinds de dertiger jaren ontwikkelde uit en zich afzette tegen 'moeder' Interne - de ouderen onder ons weten nog dat de internist kinderen behandelde - zo is de puberteitsfase van de jeugdgezondheidszorg noodzakelijk geweest om volwassen te worden. Het zal enerzijds aan de oudere generatie pediaters liggen dat zij er moeite mee hadden de volwassen zoon/dochter als zodanig te herkennen en te erkennen,

anderzijds was de afzetterige aard van de discipelen van De Haas blijkbaar nodig om de puberteitsspurten te nemen.

Bij bespreking tussen de Besturen van de NVK en de NVJG (o.a. rond het rapport 'De extramurale taak van de kinderarts') en bij bijeenkomsten van beide beroepsgroepen is er duidelijk de conclusie bij beide dat het van groot belang is tezamen voor de gezondheid van jeugdigen te werken en op te komen, van elkaars deskundigheid gebruik te maken.

De titel van de rede

Dames en Heren,

Ik mocht u mijn visie geven op de inhoud van de preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen en de functie van de sector Jeugd van het NIPG daarin. Voorts mijn visie op verschil en samenhang van beide volwassen geworden disciplines jeugdgezondheidszorg en kindergeneeskunde. Rest mij de naamgeving van mijn voordracht te verduidelijken.

De eerste naam die ik overwoog was 'Van geval naar getal' en 'Meten is weten'. Beide zijn waar; het vormt echter slechts een deel van de boodschap. Hierna: 'Gezondheidszorg voor Jeugdigen = Kindergeneeskunde én Jeugdgezondheidszorg', eveneens waar, doch een open deur. De reden om te kiezen voor: "Een kind is pas gezond als het gezond is", is in de eerste plaats dat het de ontwikkeling aangeeft van 'de tijden veranderen en wij - naar ik ook mocht ervaren - in de tijd': Van 'Een kind is pas dood als het dood is' naar 'Een kind is pas gezond als het gezond is' wordt de verschuiving weergegeven in het bevoorrechte Westen van aandacht voor ziekte naar die van gezondheid.

Voorts wil het een accentuering - en tevens hommage - zijn voor de visie en het pionierswerk van De Haas die ook in deze de tijd vroeg verstond en 30 tot 20 jaar geleden reeds de basis legde voor de Jeugdgezondheidszorg in Nederland. Met het woordje 'pas' wordt de wens van ouders uitgesproken dat zij met het suboptimale geen genoegen nemen. En ook dat het een inspanning vergt om de optimale zorg voor elk kind te bereiken én te onderhouden. Dankzij en ondanks de structuren in ons goede land, zowel van de kant van de overheid, als van het particulier initiatief, is er naast de curatieve zorg voor jeugdigen een preventieve zorg gegroeid die waard is om verder ontwikkeld en onderhouden te worden, waar belendende landen als België, Frankrijk, Engeland en Duitsland met afgunst, tevens met ontzag, naar kijken. Een kind met zijn ouders heeft specifieke zorg nodig; ik mocht u er iets van tonen. Een kind is deels sterk, de wekker is nog ver opgewonden, anderzijds is hij in deze maatschappij van volwassenen zwak.

Daarbij zijn er groepen die extra zorg behoeven, kinderen met minder kansen en meer risico door aanleg en milieu (kinderen van etnische minderheden, met bijzonder onderwijs of in tehuizen als MKD of kinderdagverblijf). Dit betreft

echter een minderheid van de 'risicokinderen'. Risicofactoren zijn een groepskenmerk en hoeven geen betekenis te hebben voor het individuele kind. Het individuele risico moet per kind worden vastgesteld of uitgesloten. Het begrip 'risicogroep' mag het zoeken naar het 'risicokind' niet verdringen. Het is niet verantwoord jeugdgezondheidszorg te beperken tot risicogroepen. Wel dient de inhoud van de zorg steeds te worden gezien en bijgesteld, en haar doelen niet alleen bepaald, doch, voor zover mogelijk, ook aantoonbaar waar worden gemaakt" (Lim-Feyen, 1988).

Op basis van vrijwilligheid nemen meer dan 90% van alle kinderen en hun vaak drukbezette ouders deel aan jeugdgezondheidszorg. In feite en met recht stellen ouders: een kind is pas gezond als het gezond is.

In Nederland is dankzij de inzet en de motivatie van de werkers in het veld en dankzij de inzet en motivatie van de 'mathematici' uit onderzoek en onderwijs een goed stuk gezondheidszorg voor jeugdigen opgebouwd. Het is niet vanzelfsprekend dat de kwaliteit daarvan automatisch behouden blijft. Er zijn signalen van zorg. Hiermee kom ik op het laatste deel: 'Vooruitblik' dat ik in de vorm van wensen/aanbevelingen wil stellen.

VOORUITBLIK/WENSEN

Mijn wensen voor de toekomst vloeien uit het voorgaande voort. Zij zijn niet nieuw of origineel. Het uitgangspunt vormt de sector Jeugd van het NIPG, het trefwoord is samenwerking.

In het netwerk van interactie en samenwerking dat verder ontwikkeld en onderhouden moet worden wil ik met name noemen:

- De samenwerking tussen Jeugdgezondheidszorg en Kindergeneeskunde. Ik getuigde in dit opzicht. Het NIPG zal zijn taak in deze gaarne blijven vervullen. Een gezamenlijk uitgewerkt plan voor applicatie van 'collectief-preventieve gezondheidszorg' aan de (a.s.) kinderarts en voor applicatie van een verblijf in de 'kliniek' aan de (a.s.) jeugdarts zal een goede zaak zijn. In elke opleidingskliniek kindergeneeskunde dient de provinciale arts jeugdgezondheidszorg (0-4 jr) en/of het hoofd van de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD, als stafid, actief in de opleiding te participeren. Voor een aantal opgeleide jeugd- en kinderartsen moeten gezamenlijke richtlijnen en erkenningseisen worden opgesteld voor de functie van sociaal pediatr of provinciaal/regionaal arts jeugdgezondheidszorg. Aan nascholing op het gebied van kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg kan ook gezamenlijk worden gewerkt.
- Samenwerking in en met de Kruisorganisaties.
Essentieel daarbij is dat de stem van de provinciale/regionale arts Jeugdgezondheidszorg wordt gehoord. In vele provincies is men doende onder de vlag van decentralisatie en bezuiniging, deze functie uit te hollen. De functie van provinciale- en districtsarts jeugdgezondheidszorg is wezenlijk voor de kwaliteit van het cb-werk. Er is een discrepantie tussen de geweldige expertise en inzet van de cb-werkers zowel in het veld als op landelijk/provinciaal en regionaal niveau, én de steun die zij vanuit de Nationale Kruiskoepel thans ontvangt.
Ten aanzien van het landelijke beleid en coördinatie van de kwaliteit van de preventieve zorg voor de 0-4-jarigen, en de opleiding van vele artsen en verpleegkundigen in haar dienst, heeft de NK een grote verantwoordelijkheid. Aan de sport is te ontleen: „aan de top blijven vergt minstens zoveel aandacht en energie dan om er te komen" (Van Wieringen, 1988). Het is de hoogste tijd het tij van verval en afbraak van het grote goed dat de zuigelingen- en peuter/kleuterzorg in Nederland betekent, te keren. Als professor Vorst en dr. M. de Winter in het orgaan van de Nationale Kruisvereniging (het MGZ-nummer van januari j.l.) schrijven: „Wat ligt er meer voor de hand om bij een knellende vraag naar curatie een greep in de preventiepot te doen", is dat een beschamende uitspraak: óf men neemt de verantwoordelijkheid en houdt zich aan de begroting, óf men wijst die

af en dan moet de NK haar taak die zij sinds het begin van deze eeuw goed heeft vervuld uit handen geven.

Het is duidelijk dat het Ministerie (WVC) en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid hierin hun verantwoordelijkheid hebben.

Het NIPG kan en wil gaarne bij onderzoek in dit opzicht een rol spelen, ook gehoord worden; ik herinner aan onderzoeksrapporten in deze van de voorgaande jaren.

- Samenwerking met afdelingen jeugdgezondheidszorg van basisgezondheidsdiensten (> 4 jarigen) (BaGD-en, in de toekomst waarschijnlijk weer GGD-en geheten), ook tussen kruisorganisaties en basisgezondheidsdiensten. Dit terwille van de continue longitudinale zorg voor jeugdigen, waarbij een caesuur op de leeftijd van ± 4 jaar ongewenst en schadelijk is. In basisgezondheidsdiensten, met name in grotere plaatsen, is de structuur voor inter- en intradisciplinaire communicatie bij het ontwikkelen en onderhouden van collectieve preventie voor jeugdigen thans beter dan in de huidige kruisorganisatie.
- Samenwerking met en tussen meerdere instanties op het Ministerie van WVC in het gestalte geven aan het preventiebeleid zoals dat in de Nota 2000 en in het recente Kerndocument Gezondheidsbeleid tot uiting komt. Ik noem met name:
 - * „de bevordering van de bruikbaarheid, toegankelijkheid en volledigheid van informatiebronnen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. En dit in samenhang met het ontwikkelen van een gedragscode inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Uit privacyoverwegingen worden wel barrières opgeworpen voor onderzoek, „waarbij het niet duidelijk is dat het gaat om een tegenstelling tussen privacy en het bevorderen van gezondheidszorg" (v.d. Maas, 1989). (Zo zouden de bloedmonsters van de neonatale screening, geanonymiseerd, inzicht kunnen geven in het vóórkomen en in de trend van AIDS in een belangrijk deel van de bevolking. De reden dat we die informatie niet willen is dat we de privacyproblematiek hierbij met zijn allen nog niet goed hebben geregeld en duidelijk hebben gemaakt aan de bevolking, en daardoor in geen geval enig risico willen lopen dat de deelname aan het programma zou kunnen verminderen).
 - *en „het ontwikkelen van een plan voor versterking van preventie wat betreft opleiding, onderzoek, organisatieontwikkeling en financiering". Het gesprek hierover met het NIPG is de laatste jaren meer op gang gekomen; het is nog te weinig gecoördineerd en op de langere termijn gericht. Ten aanzien van de financiën dient de tabel uit het proefschrift van Van de Water in gedachten te worden gehouden: Het percentage kosten aan collectief-preventieve zorg van de totale

kosten van de gezondheidszorg bedroeg resp. in 1972, 1977, 1982 en 1986, 3, 3, 3 en 2%.

Bij de bewaking van de kwaliteit wil ik met name noemen de Geneeskundige Hoofdinspectie, het Staatstoezicht op de staat van (in casu) Jeugdgezondheidszorg. In dat krachten spel zijn de inspecteurs jeugd- en basisgezondheidszorg van groot belang voor het bewaren van de evenwichten in de gezondheidszorg; ik noem hier het evenwicht in de zorg tussen jeugd en ouderen. (Verdere) bezuiniging op het Staatstoezicht zou in de Nederlandse verhoudingen een slechte zaak betekenen.

- Meer Samenwerking tussen NIPG-TNO en Universiteiten, in casu van de sector Jeugd van het NIPG met de vakgroepen Kindergeneeskunde, Sociale Geneeskunde/Maatschappelijke Gezondheidszorg, Epidemiologie plus Statistiek en Huisartsgeneeskunde. Met verschillende vakgroepen, niet alleen in Leiden, Amsterdam en Rotterdam, bestaan goede contacten. Dat de huisartsgeneeskunde zich nog meer bewust zij dat gezondheidszorg voor jeugdigen, al is het aan de universiteiten zwak vertegenwoordigd, een essentieel deel van het huisartsenwerk vormt.
- Tot slot Samenwerking binnen het NIPG:
Mede door de inzet van de Directie is er thans, na de teams die vanuit een projectenfilosofie opereerden, een sektor Jeugd en een afdeling Onderwijs, die al hetgeen eigenlijk zou moeten gebeuren, niet waar kunnen maken. Die, evenals in de gehele gezondheidszorg, zullen moeten kiezen en in moeten spelen op het meest nuttige en nodige. Naast het implementaire houden zij het kwalitatieve karakter van onderzoek en onderwijs in het oog. Voorts „dat gezondheidszorg alleen zinvol is als een bijdrage wordt geleverd aan gezondheid". Dit mede gedachtig aan de terechte wens van ouders: 'Een kind is pas gezond als het gezond is'.

DANK

11 jaar geleden nam ik de stap van de klinische kindergeneeskunde naar de preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen. Ik heb geleerd dat onderzoek en onderwijs op het gebied van preventie niet minder moeilijk, en niet minder noodzakelijk is als in de curatieve sector. Het is minder spectaculair en het eist meer geduld om de oogst af te wachten.

Ik ben dankbaar voor de tijd dat ik een schakel mocht zijn in de continuïteit van het werk alhier. Velen die hierbij betrokken waren wil ik danken:

- Op het NIPG de directie die de voorwaarden verzorgde en de continuïteit bewaakte en mij een grote vrijheid lieten, mede-stafleden van een wetenschappelijke staf in opbouw, mede-sectorleden van een sector in opbouw, thans op één verdieping gecentreerd;
- Buiten het NIPG vele kinderartsen, jeugdartsen, andere artsen en niet-artsen in landelijke en provinciale/regionale raden, diensten, secties, (ent)administraties, laboratoria, begeleidings-klankbord- en adviescommissies, werkgroepen en andere organisaties, instanties en besturen;
- Praeventiefonds, Ziekenfondsraad/AWBZ en Diabetesfonds Nederland (en de gevers daarachter) voor hun financiële steun, die het werk mede mogelijk maken;
- Ouders van niet-gezonde én van gezonde kinderen;
- Familie, vrienden, kinderen;
- In het bijzonder wil ik noemen: Guus de Jonge, Betteke Schlesinger-Was, Pauline Verloove-Vanhorick, Atie Kleijn-Krom, Wil Knipscheer, Ria Huls-van Vliet en Marijn.

Ik dank u allen voor uw gewaardeerde aandacht en ik wil u toewensen

Wees verheugd
en wees gezond.

LITERATUUR

Historie

- Schouten, J. Het pentagram als medisch teken. Een iconologische studie. Specia, Den Haag, 1965.
- Doeleman, F. Veertig jaar Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde 1929-1969. Mens en Onderneming, 1969.
- Dunning, A.J. J.H. de Haas - meer vechtlustig pionier dan 'papieren dokter'. Hart Bulletin 8 (1977) 130-32.
- Zeben, W. van. Nederlandse Ver(e)eniging voor kindergeneeskunde 1892-1982. Jubileumuitgave NVK, Utrecht, 1982.

Terugblik

- Vaandrager, G.J. Primaire vitamine D-refractaire rachitis. Criteria voor diagnose en therapie. Proefschrift, RU Utrecht, 1960.
- Vaandrager, G.J., H.A. Weyers. Primary Vitamin D-Refractory Rickets. Ann. Paediat. 201 (1963) 73-85; 185-98; 287-95.
- Schulpen, T.W.J. Opnieuw rachitis in Nederland. Ned. Tijdschr. Geneesk. 126 (1982) 610-12.
- Nijhuis, H.G.J., H.E. Zoethout, G.M. de Jong. Surveillance van rachitis. Tijdsch. Jeugdgezondheidsz. 17 (1985) 92-93.
- Broess, A.A.M., G.M. Mom & G.J. Vaandrager. Nasotracheale intubatie bij kinderen met epiglottitis en subglottische laryngitis. Ned. Tijdschr. Geneesk. 113 (1969) 1593-96.
- Vaandrager, G.J., P.L. Venema & J.D.C. Koch. Het niet op tuberculose berustend ziektebeeld van lymphadenitis bij kinderen veroorzaakt door atypische mycobacteriën. Ned. Tijdschr. Geneesk. 124 (1980): 1773-80. (+ Tijdschr. Kindergeneesk. 48 (1980) 122-31.
- Bleiker, M.A. Study into the risk of tuberculous infection in schoolchildren in the city of Delft in the period 1966-1985. ITSC-TNO, Den Haag, 1985.
- Haas, J.H. de. Sociaal-pediatrisch speurwerk. Verantwoording van een tien-jarige. Maandschr. Kindergeneesk. 32 (1964) 695-705.
- Bishop, Y.M.M., S.E. Fienberg & P.W. Holland. Estimating the size of a closed population. In: Discrete multivariate analysis. Cambridge Mass., MIT, 1978.
- Vaandrager, G.J., F.J. Veenhof & M.M. van der Klaauw. De incidentie van insuline-afhankelijke diabetes mellitus bij 0-19 jarigen in Nederland (1978-1980). NIPG/TNO, Leiden, 1984.
- Vaandrager, G.J., 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.
- Vaandrager, G.J. & W.J. Meijer. De sterfte aan onherkende diabetes mellitus type 1 bij 0-19 jarigen in Nederland, 1978-1980. Ned. Tijdschr. Geneesk. 131 (1987) 535-38.

- Vaandrager, G.J., J.L. Molenaar, G.J. Bruining, A.D. Plantinga & E.J. Ruitenberg. Islet cell antibodies, mumps infection and mumps vaccination. *Diabetologia* 29 (1986) 406.
- Vaandrager, G.J., M. van Ormondt & G.J. Bruining. Increasing prevalence of diabetes mellitus in male army conscripts: aged 18. Abstract for the 13th Congress, Sydney, Australia, 1988 (aangeboden aan *Diabetologia*).
- Bruining, G.J. Diabetes mellitus bij kinderen, een stormachtige ontwikkeling: op weg naar preventie? *Tijdschr. Kindergeneeskd.* 56 (1988) 56-59.
- Diabetes Epidemiology Research International Group. Geographic patterns of childhood insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes* 37 (1988) 1113-19.
- Borch-Johnsen, K. The prognosis of insulin-dependent diabetes mellitus. *Laegeforeningen Forlag, Copenhagen*, 1989.
- Verkleij, H., A.F. Casparie, D. Ruwaard, D. Kromhout & L.J.K. van der Velde. Toekomstscenariostudie chronische ziekten van start gegaan. *Medisch Contact* 13 (1989) 438-40.
- Jonge, G.A. de. Congenitale hypothyreoïdie in Nederland. *Tijdschr. Kindergeneeskd.* 45 (1977) 1-5.
- Derksen-Lubsen, G. Screening for congenital hypothyroidism in the Netherlands. *Proefschrift EUR*, 1981.
- Meijer, W.J. Tien jaar landelijk screeningsonderzoek naar het voorkomen van fenylketonurie in Nederland, derde verslag van de Landelijke Begeleidingscommissie Phenylketonurie. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 129 (1985) 74-76.
- Vaandrager, G.J. W. Knipscheer. Rapportage van de screening op congenitale hypothyreoïdie bij kinderen geboren in 1986. Verslag van de Landelijke Begeleidingscommissie CHT. NIP, Leiden, 1987.
- Vaandrager, G.J. & P.H. Verkerk. Neonatale screening in Nederland. In 'Het Medisch Jaar 1990', Bohn, Scheltema en Holkema, 1990 (in druk).
- Vaandrager, G.J. & P.H. Verkerk. Neonatale screening. In handboek 'Jeugdgezondheidszorg in de praktijk', Bohn, Scheltema en Holkema (in bewerking).
- Vaandrager, G.J., W.M.J. van Duyne, W.P. Herngreen & F.J. Veenhof. Vroege onderkenning van ontwikkelingsstoornissen. Een onderzoek naar VTO-samenwerkingsverbanden (I). *Medisch Contact* 38 (1983) 99-103.
- Herngreen, W.P., G.J. Vaandrager, W.M.J. van Duyne & F.J. Veenhof. Vroege onderkenning van ontwikkelingsstoornissen. Een onderzoek naar VTO-samenwerkingsverbanden (II). *Medisch Contact* 38 (1983) 129-33.
- Jonge, G.A. de & M.M. van der Klaauw. De frequentie van roken vóór, tijdens en na de zwangerschap. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 126 (1982) 1537-46.
- Reerink, J.D., W.P. Herngreen, B.M. van Noord-Zaadstra. Het project SMOCK. *Tijdschr. Jeugdgezondheidsz.* 21 (1989) 3-6.
- Herngreen, W.P. Peilstations in de jeugdgezondheidszorg. *T. Soc. Gezondheidsz.* 67 (1989) 165-69.
- Verloove-Vanhorick, S. Pauline, R.A. Verwey, R. Brand, J. Bennebroek Gravenhorst, M.J.N.C. Keirse, J.H. Ruys. Neonatal mortality risk in relation to gestational age and birthweight. Results of a National Survey of Preterm and Very-low-birthweight Infants in The Netherlands. *The Lancet* i (1986) 55-57.

Rünke, H.C., G.J. Vaandrager, L.M. van Noorle Jansen, A.W.J. Teunissen, E.L. van Dedem, Ch.A. Hannik, H.J.J. Spook⁺. Antistofvorming bij kinderen in het Rijksvaccinatieprogramma, een longitudinaal onderzoek. In bewerking.

Kuiper, C.M., G.J. Vaandrager. Psychosociale hulpverlening in twee ziekenhuizen, klinisch en poliklinisch. NIPG/TNO, Leiden, 1982.

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

Voorhoeve, H.W.A., G.J. Vaandrager. Cursussen voor consultatiebureauartsen. Doel en ontwikkeling. Medisch Contact 38 (1983) 1084-86.

Beschouwing

Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne. Jeugdgezondheidszorg, inhoud en uitvoering. NVK/NVJG, Utrecht, 1972.

Court, S.D.M. (Chairman). Fit for the future. Report of the committee on child health services; 2 vol., London, HMSO, 1976

Hengeveld, B. & N. Haverkamp Begemann. Het consultatiebureau in de Jeugdgezondheidszorg. Tijdschr. Kindergeneesk. 45 (1977) 37-45.

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

- Beleidsnota Kindergeneeskunde anno 1977. Utrecht, 1977.

- De taak van de kinderarts buiten het ziekenhuis. Utrecht, 1983.

Herngreen, W.P., W.J. Meijer, E.A. Schlesinger-Was, F.J. Veenhof. Jeugdgezondheidszorg in Nederland - Een verkenning. NIPG/TNO, Leiden, 1981.

Herngreen, W.P., E.A. Schlesinger-Was. Jeugdgezondheidszorg in Nederland - Psychosociale aspecten van de zorg voor 0-4-jarigen nader belicht. NIPG/TNO, Leiden, 1985.

Huijsman-Rubingh, R.R.R., T.R.A.M. Wagenaar. De jeugdgezondheidszorg in Nederland voor 4-19-jarigen. Structuur en functioneren. Proefschrift UA, 1983.

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

Lim-Feijen, J.F. Doelstellingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg. Medisch Contact 44 (1988) 1357-58.

Water, H.P.A. van de. Bouwen aan basisgezondheidszorg. Over wetenschappelijke en organisatorische grondslagen van collectieve preventie. Proefschrift, EUR, 1989.

Vooruitblik/wensen

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

- Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1986.

- Health for all by the year 2000; rapportage Nederland 1985. Leidschendam 1986.

- Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1985. Discussienota. Rijswijk, 1989.

Wieringen, J.C. van. Jeugdgezondheidszorg zal ons een zorg zijn. Inaugurele Rede, RU, 1988.

Colver, A.F., M.J. Danskin, J.M. Parkin, F.S. Rogers, J.H. Walker. Training programme for senior registration in community paediatrics. Arch. Dis. childh. 63 (1988) 63-65.

- British Paediatric Association. Child health in a changing society. Ed. John O Forfar. Oxford University Press, 1988.
- Vorst, F. & M. de Winter. Jeugdgezondheidszorg onder spanning. Maatsch. Gezondheidsz. 17 (1989) 10-12.
- Dees, D.J.D. Overheid en kwaliteit. Medisch Contact 44 (1989) 601-04.
- Maas, P.J. van der, A. Hofman & E. Dekker (Red.). Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Samsom Stafleu, Alphen a.d. Rijn, 1989.
- Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. Op weg naar 2000. Aanzet tot een beleidsplan Jeugdgezondheidszorg. Utrecht, 1989.
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Beleidsnota anno 1989/1990. Utrecht, 1989/-1990 (in bewerking).

IN PLAATS VAN STELLINGEN

(Enkele uitspraken over het behandelde onderwerp)

C. Pruys van der Hoeven, 1859

Niet daarin is de waarde der geneeskunde voor de maatschappij gelegen, dat zij zieken geneest, of verborgen kwalen ontdekt en ontleedt. Zij heeft eene hoogere roeping, die tot heden te weinig gevoeld of geschat is. Zij moet waken voor de gezondheid der maatschappij, en hierin, in die gezondheidspolitie ligt haar eigen kracht en wezen

(Uit: Schat der gezondheid - een tijdschrift voor alle standen ter bevordering van volkswelvaart, door verspreiding van eenvoudige beginselen).

A. Jacobi, 1889

Questions of public hygiene and medicine are both professional and social. The scientific attainments of the physician and his appreciation of the source of evil enable him to strike at its root by advising aid and remedy (Bij de oprichting van de American Pediatric Society).

M. Denekamp, 1902

Voor het zieke kind heeft zij zeker haren plicht gedaan, doch voor het gezonde kind kon haar werking naar buiten meer krachtig zijn geweest

(Bij het 10-jarig bestaan van de Nederlandsche Vereeniging voor Paediatric; Uit: W. van Zeben, Jubileumuitgave NVK, Utrecht, 1982).

E. Gorter en J. van der Hoeven, 1929

..tot de conclusie is gekomen dat het gangbare wetenschappelijk onderzoek bij patiënten wel de curatieve mogelijkheden van de geneeskunde vergroten, maar dat daarnaast ook meer hygiënisch gerichte activiteit nodig is om het ontstaan van ziekten te voorkomen en vroegtijdige herkenning en behandeling van ziekten te bevorderen

(Bij de oprichting van het NIPG. Uit: F. Doeleman, NIPG, 1969).

E. Berthet, ± 1960

Ce n'est pas l'enfant qui est inadapté. C'est le milieu qui n'est pas adapté aux besoins fondamentaux de l'enfant

(Cours sur les problèmes de Protection de la Mère et de l'Enfant; ontleend aan Voorhoeve, Zorg voor Moeder en Kind in ontwikkeling, 1965).

J.H. de Haas, tussen 1953 en 1967

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.

Gezondheidszorg zonder research is een schip zonder kompas.

Preventie is niet mogelijk zonder de kennis van de kliniek.

(Tijdschr. Kindergeneeskd. 32 (1964) 695 en 698).

F. Doeleman, 1969

Indien de medewerkers van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde er in zullen slagen wegen te vinden voor werkelijke interdisciplinaire samenwerking van artsen, fysici, chemici, technici en gedragswetenschappelijk onderzoekers in researchprojecten, dan zullen zij een geweldige bijdrage tot de gezondheid en de gezondheidszorg in het komende decennium kunnen leveren
(Mens en Onderneming, 1969, 16).

A.J. Dunning, 1977

Preventieve geneeskunde is een lonend vak, al mist het het spectaculaire van de kliniek en eist het geduld om de oogst af te wachten
(Hart Bulletin 8 (1977) 132).

G.A. de Jong, 1985

Kennis is macht, maar macht is meer dan kennis - De betekenis van onderzoek voor beleid
(Tijdschr. Soc. Gezondheidsz. 13 (1985) 140).

H.K.A. Visser, 1988

Door op deze wijze te redigeren is de vrijwel totale scheiding tussen de preventieve en de 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
(Bespreking Nederlands Leerboek voor de jeugdgezondheidszorg; In: Ned. Tijdschr. Geneeskd. 132 (1988) 738).

J.C. van Wieringen, 1988

Het begrip 'risicogroep' dreigt het zoeken naar het 'risicokind' te verdringen
(Tijdschr. Kindergeneeskd. 53 (1985) 91).

Het gezond verklaren van een kind vereist kennis en sociale vaardigheid die gelijkwaardig zijn aan die van de klinisch specialist
(Inaugurele rede, RU, 1988).

J.F. Lim-Feijen, 1988

Gezondheidszorg is alleen zinvol als een bijdrage wordt geleverd aan gezondheid
(Medisch Contact 43 (1988) 1357).

Onbekende auteur

De geneeskunde is het enige beroep dat voortdurend vecht om de redenen van haar eigen bestaan weg te nemen
(Reclameblaadje).