

Kindergeneeskunde en Jeugdgezondheidszorg

G.J. Vaandrager

Motto: 'Een kind is pas gezond als het gezond is'

Na 20 jaar werk als klinisch kinderarts en 11 jaar werk als stafid in het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg op het gebied van onderzoek en onderwijs in de jeugdgezondheidszorg, wordt in het onderstaande teruggezien op die laatste jaren, waaraan ik enige beschouwingen wil verbinden.*

Onderzoek naar de incidentie van 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, dieet, leefstijl en zelfregeling. Indien een jeugdige met diabetes niet neigt tot proteïnurie, en dat is bij meer dan de helft van de patiënten het geval, nadert de levensverwachting die van de doorsnee bevolking.¹ Bovendien is er de laatste jaren een stormachtige ontwikkeling gaande naar het kunnen voorkomen van de aandoening zelf, dus naar primaire preventie van diabetes.²

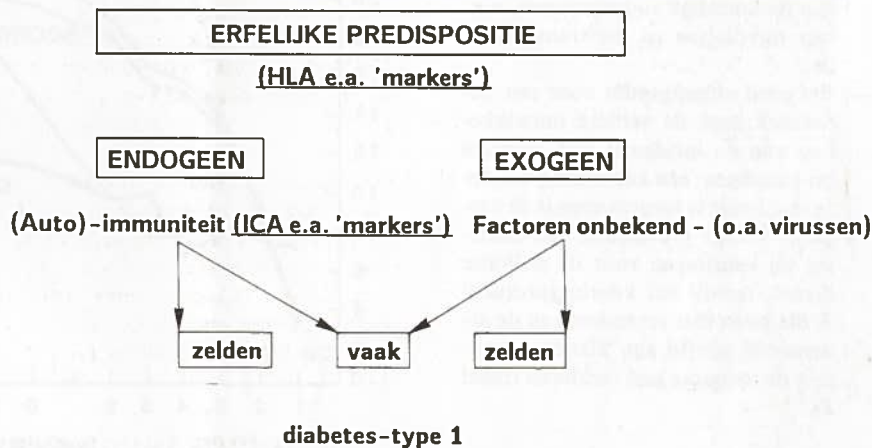
Deze preventie wordt pas mogelijk als wij meer weten van de oorzakelijke factoren, de determinanten. Bij jeugddiabetes zijn deze zoals bij veel ziekten en aandoeningen, ten dele endogeen (aangeboren) en ten dele exogeen (omgeving, voeding, ziekten, enz). Zo is van ééneïge tweelingen bekend dat bij diabetes van één van beiden, de kans van de ander om in de loop van het verdere leven eveneens diabetes te krijgen sterk verhoogd is, maar minder is dan 50%. De ziekte is deels 'nature', deels 'nurture'. Voor de pathogenese van diabetes (de wijze waarop de ziekte zich bij iemand ontwikkelt) is het globale concept van Irvine nog steeds het meest waarschijnlijk: bij een zekere erfelijke aanleg (waarvan men sommige factoren thans beter kan bepalen) kan door uitwendige

factoren (die slechts voor een klein deel bekend zijn) een autoimmuunproces in beweging worden gezet, dat jaren kan sudderen voor de ziekte manifest wordt (fig. 1).³

Toen ruim tien jaar geleden publikaties verschenen over toename van diabetes mellitus bij jeugdigen, realiseerden wij ons dat wij wel veel wisten over individuele gevallen, maar dat het aantal jeugdigen met diabetes in Nederland (de prevalentie) en het aantal nieuwe patiënten dat er jaarlijks bijkomt (de incidentie), zelfs bij benadering niet bekend waren. De medische vraagstelling had zich beperkt tot diagnose en therapie; buiten beschouwing bleven de vragen waardoor dit kind diabetes kreeg, waarom op die leeftijd en: was het wellicht te voorkomen geweest? Er werd op initiatief van Tegelaers besloten tot een

landelijk retrospectief onderzoek naar de incidentie van diabetes bij jeugdigen door middel van navraag bij de klinische kinderartsen en internisten van Nederland naar de kinderen die in 1978, 1979 en 1980 hun eerste insuline-injectie hadden gekregen.

Bij de methodiek ging het er niet alleen om een goede respons te krijgen (deze was van de kinderartsen 100% en van de internisten ruim 96%) maar ook om te weten te komen hoe volledig hun opgave was. Om de mate van hun volledigheid te leren kennen werd een zg. ascertainmentonderzoek ingesteld. Hierbij wordt de doelpopulatie (of een gedeelte daarvan) ook via een andere ingang benaderd en onderzocht en wordt nagegaan in hoeverre de gegevens uit het ene onderzoek overeenstemmen met die uit het andere, en met name hoe volledig de eerste respons was geweest. Meervoudig onderzoek van dezelfde populatie met behulp van tellingen met teruglegging wordt in de Angelsaksische literatuur 'multiple recapture census' genoemd, een methode die onder meer wordt gebruikt om de visstand in een bepaald watergebied te bepalen.⁴ In onze situatie werd de 'dubbelcheck' verkregen door een benadering van de



Figuur 1. Etiologie van type-1-diabetes (naar Irvine³)

Tabel 1. Uit de incidentie berekende prevalentie van insuline-afhankelijke diabetes mellitus in Nederland naar leeftijdsgroep per 1-1-1981*⁵

| leeftijd jaren | incidentie per 100.000/jr (1978-1980) | prevalentie per 1-1-1981** absoluut | prevalentie 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 |

* De inhoud van deze bijdrage is ontleend aan de afscheidsrede van Dr G.J. Vaandrager: Een kind is pas gezond als het gezond is. ISBN 90-6743-154-0 NIPG, Leiden 1989.

* 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.

jeugdigen met diabetes (of hun ouders) zelf, via een oproep in 'Diabc', het orgaan van de Diabetes Vereniging Nederland. Op grond van de verzamelde gegevens kon de incidentie nauwkeurig worden berekend: over de jaren 1978 tot en met 1980 een jaargemiddelde van 488 nieuwe patiënten van 0 t/m 19 jaar, wat overeenkomt met een incidentie van 11,0/100.000/jaar.⁵

Het resultaat van dit en volgende onderzoeken waren:

- goede getallen van incidentie en prevalentie (tabel 1);
- de mogelijkheid tot vergelijking met andere landen die onder meer verschillen in genetische aanleg, voeding, leefstijl, klimaat, en tot toetsing van de hypothese van een noord-zuid gradiënt in Noord-West-Europa (fig. 2): in Finland is de incidentie driemaal zo hoog als in Nederland, in Zweden en Noorwegen tweemaal zo hoog, waarvoor geen verklaring voorhanden is;
- een bepaling van het sterfterisico bij het begin van tevoren nog niet herkende diabetes bij jeugdigen in Nederland, en de vergelijking hiervan met een dergelijk risico in andere landen⁸;
- een betere planning van de behoefte aan toekomstige voorzieningen, o.a. van nierdialyse en niertransplantatie;
- een goed uitgangspunt voor een onderzoek naar de verdere ontwikkeling van de incidentie van diabetes bij jeugdigen; een aanwijzing dat deze incidentie is toegenomen is de toename van de prevalentie van diabetes bij keurlingen voor de militaire dienst, terwijl het keuringsprotocol in die jaren niet veranderde en de afnemende sterfte aan diabetes evenmin de toename kan verklaren (tabel 2).⁹

Deze en andere studies in Europees (EURODIAB) en mondiaal verband (Diabetes Epidemiology Research International onder leiding van prof. Ronald La Porte in Pittsburgh) leveren bouwstenen voor de kennis van determinanten van diabetes, die nodig is voor een effectieve preventie.¹⁰ Doordat er nog zo weinig bekend is — noch voor de grote verschillen in incidentie in de wereld noch voor de toename in westerse landen is een goede verklaring voorhanden — zal dit nog een lange weg zijn.

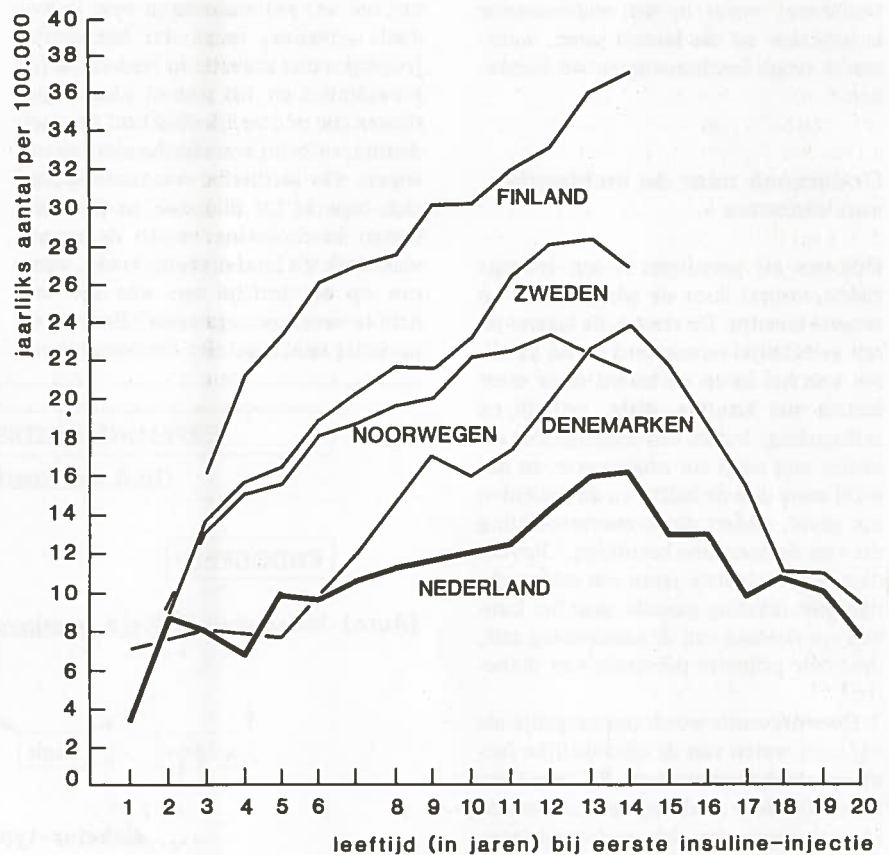
Het incidentie-onderzoek heeft ons geleerd dat epidemiologie en statistiek basiswetenschappen zijn voor preventief-medisch onderzoek. Het bleek dat in Nederland, een omschreven gebied met ruim 14 miljoen inwoners, met de hulp van patiënten en professie de nodi-

ge getallen zijn te verkrijgen die inzicht geven in de incidentie en prevalentie van diabetes. Het werd duidelijk dat daarvoor de samenwerking met velen vereist is, in het bijzonder met de klinische specialisten. Naast de naam van Bruining wil ik bij het incidentie-onderzoek die van Veenhof en Van der Klaauw vermelden en bij het militaire keurlingen-onderzoek die van Van Ormondt.

Evaluatie van de screening op PKU/CHT

Alle pasgeborenen in Nederland worden spoedig na de geboorte 'gescreend' op

het voorkomen van fenyktonurie (PKU), een aangeboren stoornis in de aminozuurstofwisseling, en CHT, een aangeboren tekort aan schildklierhormoon. Dit laatste wordt meestal veroorzaakt door een tekort in de schildklier (primaire CHT), soms door een stoornis hogerop, in de hypofyse of in de hypothalamus, respectievelijk secundaire en tertiaire CHT. In de eerste levensweken is er in de meeste gevallen nog geen of onvoldoende aanwijzing om de diagnose op ziekteverschijnselen te kunnen stellen. Het doel van screening is de aanvang van de behandeling — bij PKU met dieet, bij CHT met schildklierhormoon — te vervroegen en daarmee blij-



Figuur 2. Incidentie naar leeftijd van het begin van diabetes (datum van 1e insuline-injectie) in de Scandinavische landen (Christau et al.⁶) en in Nederland.⁵

Tabel 2. 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.⁹

| | 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 |

vende schade aan het centrale zenuwstelsel te voorkomen. Na voorbereidend onderzoek in een proefgebied, voor PKU in Friesland (Van Duyne, toen op het ministerie, en wijlen Haverkamp-Begemann, provinciaal arts jeugdgezondheidszorg), voor CHT in Zuid-Holland (vooral vanuit het NIPG: De Jonge en Derksen-Lubsen), werden in 1974 resp. 1981 de screeningen landelijk ingevoerd.

Tevoren waren door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde een landelijke begeleidingscommissie voor PKU en een voor CHT ingesteld waarin alle betrokken instanties zijn vertegenwoordigd. Een voorname taak van deze commissies is de evaluatie van de methode en de uitvoering van de screening. Het daartoe nodige onderzoek wordt gedaan door het NIPG-TNO; het is sinds 1986 opgenomen in het verstrekkingenpakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Onder screenen (= zeven, ziften) 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 of aandoening mogelijk wel, en een groep die deze (zeer) waarschijnlijk niet heeft. De populatie zuigelingen

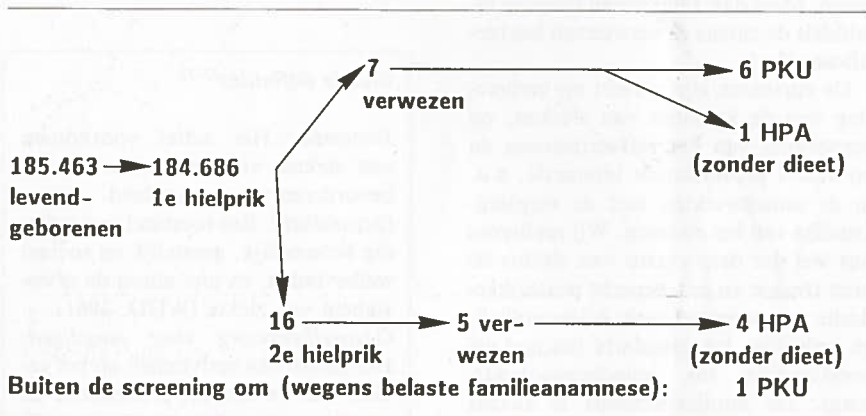
wordt door screening dus verdeeld in een groep met een grote kans en een groep met een kleine kans op de aandoening. In het ideale geval beschikt men over een test die positief is voor alle gevallen van de aandoening en negatief voor alle gevallen zonder de aandoening. In de praktijk wordt men geconfronteerd met gevallen met een positieve uitslag die de aandoening niet hebben (de vals-positieven) en gevallen met een negatieve uitslag die de aandoening wel blijken te hebben (vals-negatieven). Dikwijls geldt dat het aantal vals-positieven stijgt naarmate men het aantal vals-negatieven beperkt. Bij een te groot aantal vals-negatieven beantwoordt de screening niet aan het gestelde doel, een groot aantal vals-positieven leidt tot (achteraf gezien) onnodige diagnostiek en soms zelfs tot onnodige behandeling, ongerustheid bij veel ouders, en ook tot minder alertheid bij degenen die bij het screenen zijn betrokken. Kijken we naar het beloop van de PKU-screening in het jaar 1987 (figuur 3a) dan blijkt de deelname zeer groot, namelijk 99,6%.¹¹ Het aantal tweede hielprikken nodig voor deze screening bedroeg niet meer dan 16 op 184.686 screeningsprikken. Slechts 12 zuigelingen werden op grond van de screening verwezen, waarvan 6 vroegtijdig met

diët werden behandeld. De positief voorspellende waarde (de kans op de aandoening als de testuitslag noopt tot verwijzing) is $6/12 = 50\%$, dat is dus zeer hoog. Van de ruim 2.500.000 zuigelingen met een negatieve testuitslag in de laatste 14 jaar, bleken er 3 te zijn waarbij achteraf toch PKU werd vastgesteld, tegenover een aantal van 157 PKU-patiënten, die in die tijd door de screening werden gevonden.¹² Het is zeer onwaarschijnlijk dat er meer dan deze 3 gemist zijn; deze gevallen zouden na verloop van tijd zeker aan het licht zijn gekomen. Conclusie: de negatief- en de positief-voorspellende waarde zijn bij de PKU-screening uitzonderlijk goed. Er is onvoldoende reden de methode van screenen te wijzigen.

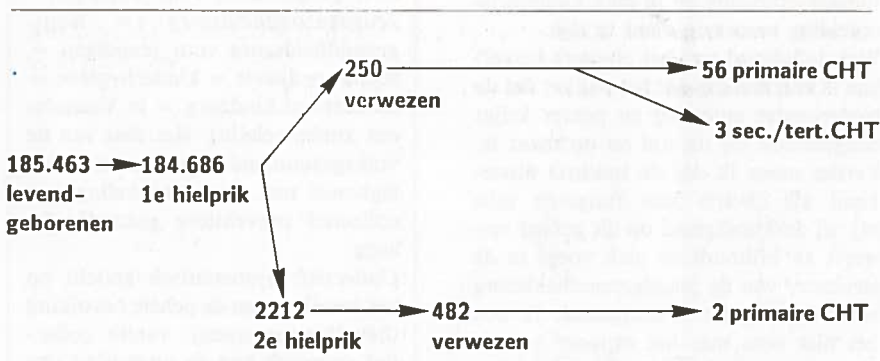
Bij de CHT-screening in het jaar 1987 (figuur 3b¹³) is het aantal tweede hielprikken aanzienlijk hoger, namelijk 2212 of 1,2%, evenals het aantal verwijzingen ($732 = 0,40\%$). De negatief voorspellende waarde is bij de CHT-screening zeer goed. Van de bijna 1.400.000 zuigelingen met negatieve testuitslag over 8 jaren (1981 t/m 1988) bleken er slechts 5 te zijn waarbij achteraf primaire CHT werd vastgesteld; in buitenlandse programma's is dit aantal 3 tot 8 maal zo hoog. De positief voorspellende waarde is aanzienlijk lager dan bij de PKU-screening en bedroeg slechts $61/732 = 8,3\%$. Met andere woorden: bij slechts 1 op de 12 via de screening verwezen kinderen kan door de kinderarts de diagnose CHT worden gesteld.¹²

Ten aanzien van primaire CHT voldoet de test goed, hoewel het aantal verwijzingen en het aantal tweede hielprikken ondanks een gerealiseerde daling nog steeds hoog is. Dank zij de registratie en analyse van alle screeningswaarden en van 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.

In 1981 werd in Nederland gekozen voor een methode waarbij zo min mogelijk zou worden gemist van de gevallen van primaire CHT (met behulp van een TSH-bepaling) en tevens van gevallen van secundaire en tertiaire CHT (met behulp van een T4-bepaling). Deze additionele T4-bepaling is echter tevens de voornaamste bron van het hoge aantal vals-positieven (90%), terwijl slechts bij 0,8% hiervan secundaire/tertiaire CHT werd gevonden.¹³ Voor screening op secundaire/tertiaire CHT is de huidige screeningsmethode derhalve minder ge-



Figuur 3a. Stroomdiagram van het beloop van de PKU-screening in 1987.¹¹



Figuur 3b. Stroomdiagram van het beloop van de CHT-screening in 1987.¹³

schikt. De screening op secundaire/tertiaire CHT voldoet veel minder dan de screening op primaire CHT aan de criteria die Wilson en Jungner in 1968 formuleerden (tabel 3).

Tabel 3. Criteria voor screening, vlg. 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 vroegere behandeling

De nadelen verbonden aan een gecombineerde screening op primaire, secundaire en tertiaire CHT, dienen te worden afgewogen tegen de voordelen van vroegtijdige opsporing van de zeldzame secundaire en tertiaire gevallen. Daarbij is er een natuurlijke tegenstelling tussen de op de populatie ingestelde sociaal-geneeskundige/epidemioloog en de clinicus, die het geval in het oog en in het hart heeft. Bij die afweging en keuze is evaluatieonderzoek onmisbaar. 'Gezondheidszorg zonder evaluatie 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 hoeft, dat de ene die nog vroegtijdiger moet worden opgespoord wel eens ten koste kan gaan van anderen, dat 'het betere wel eens vijand van het goede kan zijn'.

Evaluatieonderzoek bij een groot-schalig bevolkingsonderzoek als neonatale screening is essentieel om het programma optimaal en effectief te laten verlopen. In dit verband wil ik graag noemen de jonge onderzoeker Paul Verkerk.

Opleiding CB-artsen

Onderzoek én onderwijs. 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

Tabel 4. Inhoud van de applicatiecursus voor cb-artsen.

| Onderwerpen in het theoretisch deel | Taken praktijkopleiding |
|---|---|
| — doel en taak JGZ | — oefenen praktische vaardigheden |
| — organisatie en werkwijze cb's | — oefenen in de praktijk van registratie |
| — groei en ontwikkeling | — verkrijgen van inzicht in de taakverdeling |
| — voeding en voedingsstoornissen | — omgaan met andere dienstverleningen t.b.v. jeugdigen (sociale kaart) |
| — immunisatie | — verkrijgen van inzicht in de mogelijkheden van collegiale ondersteuning |
| — 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 | |

ning van het cb-werk en ter kennismaking met de sociaal-medische attitude. De inhoud wordt in tabel 4 weergegeven.

Naast artsen met cb-taken nemen van diverse pediatische 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 werd spoedig op vier andere plaatsen overgenomen en in PAOGG-verband landelijk gecoördineerd. Meer dan 1300 artsen volgden inmiddels de cursus en verwierven het certificaat.¹⁴

De cursussen zijn gericht op verbetering van de kwaliteit van werken, op versterking van het zelfvertrouwen en op betere professionele interactie, o.a. in de samenwerking met de verpleegkundige van het cb-team. Wij realiseren ons wel dat deze cursus van slechts 60 uren theorie en een beperkt praktijkgedeelte nog mager afsteekt bij de volledige opleiding tot jeugdarts (sociaal-geneeskundige, tak jeugdgezondheidszorg). De applicatiecursus is slechts een minimumvoorwaarde om het cb-artsenvak te mogen uitoefenen. Het is tevens het minimumpakket dat in elke huisartsopleiding en in elke kinderartsopleiding aanwezig dient te zijn.

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. Verder meen ik dat de huisarts uitstekend als cb-arts kan fungeren mits hij/zij deskundigheid op dit gebied verwerft en bijhoudt en zich voegt in de structuur van de jeugdgezondheidszorg van zuigeling tot schoolgaand. Ik ben het niet eens met het rapport van de Commissie Opleiding Consultatiebureauartsen van de Landelijke Vereni-

ging 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 wel eens vijand van het goede kunnen zijn.

Enkele definitie¹⁵⁻¹⁶

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 kinderwelzijn): Het deel van de volksgezondheidszorg dat zich bezighoudt 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.

Onderzoek in jeugdgezondheidszorg

Het doel van jeugdgezondheidszorg is: 'Het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen', of, zoals De Haas het verwoordde: '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'.¹⁸ Een zekere Pruys van der Hoeven schreef reeds in 1859: 'De geneeskunde 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'.¹⁹

Uit de voorbeelden die ik u gaf kwamen drie onderling samenhangende velden van wetenschappelijk onderzoek naar voren, door De Haas aangeduid als epidemiologie, groei en ontwikkeling en evaluatie van kinderhygiënische activiteit. De benamingen zijn alleen anders geworden. Zo spreken we nu meer van gezondheidsonderzoek en gezondheidszorgonderzoek. Het diabetesonderzoek is vooral gezondheidsonderzoek (kennis van oorzakelijke factoren die tot preventie kunnen leiden) en het screeningsonderzoek vooral gezondheidszorgonderzoek (hoe doelmatig en effectief is de voorziening). In de praktijk lopen deze twee soorten onderzoek wel dooreen. Zo heeft het diabetesincidentieonderzoek een duidelijke zorgkant: hoeveel voorzieningen zijn er in de toekomst nodig? En omgekeerd heeft het screeningsonderzoek een duidelijke gezondheidskant: ieder jaar \pm 10 PKU-kinderen en 60 CHT-kinderen die nu gezond kunnen opgroeien.

Toen ik aan het eind van de zeventiger jaren hier mijn werk begon was er een sterk accent op gezondheidszorgonderzoek, van voorzieningen en structuren. De laatste jaren wordt, mijn inziens terecht, gezondheidszorg meer als afgeleide gezien van gezondheid en wordt het accent gelegd op gezondheidsonderzoek en gezondheidsbeleid, waaruit in tweede instantie onderzoek naar de voorzieningen voortvloeit.^{20, 21}

Kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg complementair

In dit alles is er een nauwe relatie tussen kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg. Samen zijn zij verantwoordelijk voor veel gezondheidszorg voor jeugdigen: de kindergeneeskunde meer curatief en individugericht, de jeugdge-

zondheidszorg meer preventief en meer gericht op de groep.

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 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 een (dreigende) afwijking is met kans op verergering, beginnende ziekte of gestoorde groei en ontwikkeling. In de kindergeneeskunde wordt gevraagd 'Is mijn kind ziek?', in de Jeugdgezondheidszorg 'Is mijn kind gezond, zo gezond mogelijk?'²²

Is dit verschil wezenlijk? Enerzijds wel: houding en kijk op de mens zijn verschillend. Het stuk 'routine' bij preventie verschilt van de zorg aan de individuele patiënt. Anderzijds is er bij jeugdigen die gezien worden op cb's en in schoolgezondheidszorg en jeugdigen die bij de kinderarts komen, een grote overlap van problemen en aanpak.

Gedurende nu 40 jaar heb ik vanuit verschillende posities de enorme ontwikkeling van kindergeneeskundige zorg gezien en tegelijkertijd de enorme ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg. Ik zag hoever zij in Nederland – meer dan waar ook ter wereld – uiteengingen, maar 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' in 'Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde'.

Als arts van jeugdigen ziet men in deze veranderingen tekenen van groei en ontwikkeling: 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. In besprekingen tussen de besturen van

de Nederlandse verenigingen voor kindergeneeskunde en voor jeugdgezondheidszorg en in bijeenkomsten van beide beroepsgroepen is nu duidelijk de conclusie bij beide dat het van groot belang is tezamen voor de gezondheid van jeugdigen te werken en op te komen en van elkaars deskundigheid optimaal gebruik te maken.

Het motto van dit verhaal

Ik mocht u mijn visie geven op onderzoek en onderwijs in de preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen. En voorts die op verschil en samenhang van beide volwassen geworden disciplines jeugdgezondheidszorg en kindergeneeskunde. Rest mij het motto van mijn voordracht te verduidelijken. Het eerste motto dat ik overwoog was 'Van geval naar getal' en 'Meten is weten'. Beide zijn waar; het vormt echter slechts een deel van de boodschap. Voorts 'Gezondheidszorg zonder research is als een schip zonder kompas'. Deze uitspraak was van De Haas uit zijn tijd op het NIPG.¹⁸ Voordien, in destijds Batavia, bij de ontwikkeling van klinische kindergeneeskunde aldaar, was zijn devies: 'Een kind is pas dood als het dood is'. Als jong klinisch kinderarts sprak mij dat zeer aan.

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 die veranderen en van ons die – naar ik mocht ervaren – ook veranderen met 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 dit opzicht de tijd zo vroeg verstond.

Literatuur

1. Borch-Johnsen K. The prognosis of insulin-dependent diabetes mellitus. Laegeforeningen Forlag, Kopenhagen, 1989.
2. Bruining GJ. Diabetes mellitus bij kinderen, een stormachtige ontwikkeling: op weg naar preventie? Tijdschrift voor Kindergeneeskunde 1988; 56: 56-57.
3. Irvine WJ. Classification of idiopathic diabetes. Lancet 1977; i: 638-642.
4. Bishop YMM, Fienberg SE, Holland PW. Estimating the size of a closed population. In: Discrete multivariate analysis. Cambridge Mass., MIT, 1978.
5. Vaandrager GJ, Veenhof FJ, Klaauw MM van der. De incidentie van insulineafhankelijke diabetes mellitus bij 0-19 jarigen in Nederland (1978-1980). NIPG/TNO, Leiden, 1984.
6. Christau B, Akerblom H, Joner G et al. Incidence of childhood insulin-dependent mellitus in Denmark, Finland,

- Norway and Sweden: a workshop report. *Acta Endocr. (kbb) suppl* 1981; 245: 68-80.
7. Vaandrager GJ, Bruining GJ, Veenhof FJ, Drayer NM. The incidence of childhood diabetes in the Netherlands. A decrease from north to south over north-western Europe? *Diabetologia* 1984; 27: 203-206.
 8. Vaandrager GJ, Meijer WJ. De sterfte aan onherkende diabetes mellitus type 1 bij 0-19 jarigen in Nederland, 1978-1980. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 1987; 131: 535-538.
 9. Vaandrager GJ, Ormondt M van, Bruining GJ. Increasing prevalence of diabetes mellitus in male army conscripts: aged 18. Abstract for the 13th Congress, Sydney, Australia, 1988.
 10. Diabetes Epidemiology Research International Group. Geographic patterns of childhood diabetes mellitus. *Diabetes* 1988; 8: 1113-1119.
 11. Vaandrager GJ, Verkerk PH. Rapportage van de screening op fenylketonurie bij kinderen geboren in 1987. Verslag van de Landelijke Begeleidingscommissie PKU. NIPG, Leiden, 1988.
 12. Vaandrager GJ, Verkerk PH. Neonatale screening in Nederland. In: 'Het Medisch Jaar 1990'. Bohn, Scheltema & Holkema, 1990 (in druk).
 13. Vaandrager GJ, Verkerk PH. Rapportage van de screening op congenitale hypothyreoïdie bij kinderen geboren in 1987. Verslag van de Landelijke Begeleidingscommissie CHT. NIPG, Leiden, 1988.
 14. Voorhoeve HWA, Vaandrager GJ. Cursussen voor consultatiebureauartsen. Doel en ontwikkeling. *Medisch Contact* 1983; 38: 1084-1086.
 15. Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne. Jeugdgezondheidszorg, inhoud en uitvoering. NVK/NVJG, Utrecht, 1972.
 16. Water HPA van de. Bouwen aan basisgezondheidszorg. Over wetenschappelijke en organisatorische grondslagen van collectieve preventie. Proefschrift, EUR, 1989.
 17. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.
 - Beleidsnota Kindergeneeskunde anno 1977. Utrecht, 1977.
 - De taak van de kinderarts buiten het ziekenhuis. Utrecht, 1983.
 18. Haas JH de. Sociaal-pediatriesch speurwerk. Verantwoording van een tienjarige. *Maandschrift Kindergeneeskunde* 1964; 32: 695-705.
 19. Pruys van der Hoeven C. Uit: Schat der gezondheid - een tijdschrift voor alle standen ter bevordering van volkswelvaart, door verspreiding van eenvoudige beginselen. 1859.
 20. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1986.
 21. Lim-Feyen JF. Doelstellingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg. *Medisch Contact* 1988; 44: 1357-1358.
 22. Wieringen JC van, Vaandrager GJ. Preventief onderzoek in de Jeugdgezondheidszorg. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde* 1985; 53: 85-91.
 23. Haas JH de. Een kind is pas dood als het dood is. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde* 1955; 23: 397-400.

Over de opname van kinderen met een huidaandoening

Retrospectief onderzoek 1987-1988, afdeling Kinderdermatologie Sophia Kinderziekenhuis.

P.L.M. van Leengoed, F.B. de Waard-van der Spek, A.P. Oranje*

Op de afdeling Kinderdermatologie van het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam komen kinderen met uiteenlopende huidproblemen zoals constitutioneel eczeem, huidinfecties, benigne nieuwvormingen en andere aandoeningen.¹ Vaak is de behandeling alleen poliklinisch; ongeveer 0,5% van de patiënten moet worden opgenomen, doorgaans slechts eenmaal.

De meeste kinderen, die de polikliniek kinderdermatologie bezoeken, lijden aan constitutioneel eczeem¹: een chronische, jeukende ontsteking van de huid, die in de regel met exacerbaties en met remissies verloopt. Constitutioneel eczeem is een multifactorieel bepaalde, erfelijke huidziekte, waaraan 3% tot 5% van alle kinderen in Nederland kortere of langere tijd lijdt. Bij ongeveer 80% van deze patiënten begint de aandoening in het eerste levensjaar.¹ De diagnose is het beste te stellen aan de hand van criteria opgesteld door Rajka en Hanifin^{2,3}; de meest bruikbare crite-

ria zijn in tabel 1 met een sterretje aangegeven.

Bij de meeste kinderen (60%) geneest het eczeem binnen drie jaar.

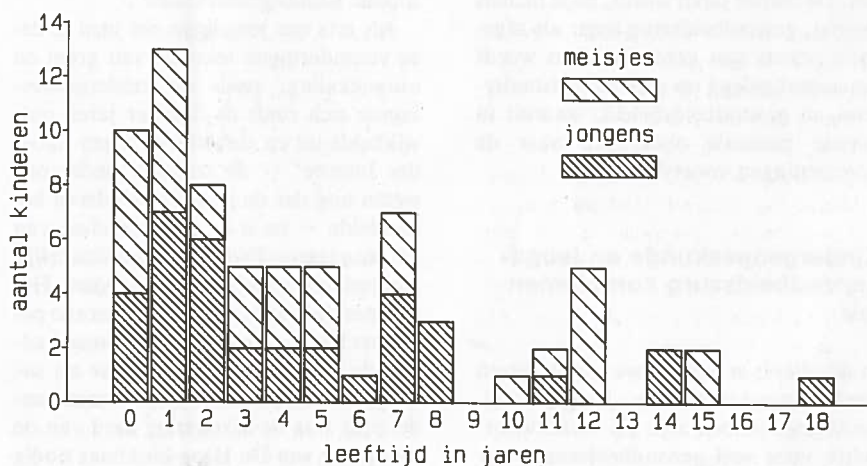
In dit artikel geven we de resultaten weer van een retrospectief onderzoek van de opnamen op de afdeling Kinderdermatologie in 1987 en 1988. Het doel

is na te gaan wat de reden van opname was.

Methode en patiënten

In dit onderzoek werden alle opnamen op de afdeling kinderdermatologie van het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam in 1987 en 1988 bestudeerd. De dagopnamen (één dag) werden buiten beschouwing gelaten. Van elke opname in 1987 of 1988 werden de volgende gegevens uit de status verzameld en gerangschikt: de reden van opname, de diagnose, psychosociale problemen, de duur van de opname, beloop na opname en overige gegevens die van belang waren.

Er waren in 1987 en 1988 in totaal 70 opnames. Hiervan zijn 4 kinderen (twee



Figuur 1: De verdeling naar leeftijd en geslacht van de opgenomen patiënten op de afdeling Kinderdermatologie van het Sophia Kinderziekenhuis in 1987 en 1988.

* Correspondentie-adres: Dr. A.P. Oranje, Sophia Kinderziekenhuis, Postbus 70029, 3000 LL Rotterdam.