



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Geregelde wisselwerking

Verloove-Vanhorick, S.P.

Citation

Verloove-Vanhorick, S. P. (2008). Geregelde wisselwerking. In . Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/12997>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/12997>

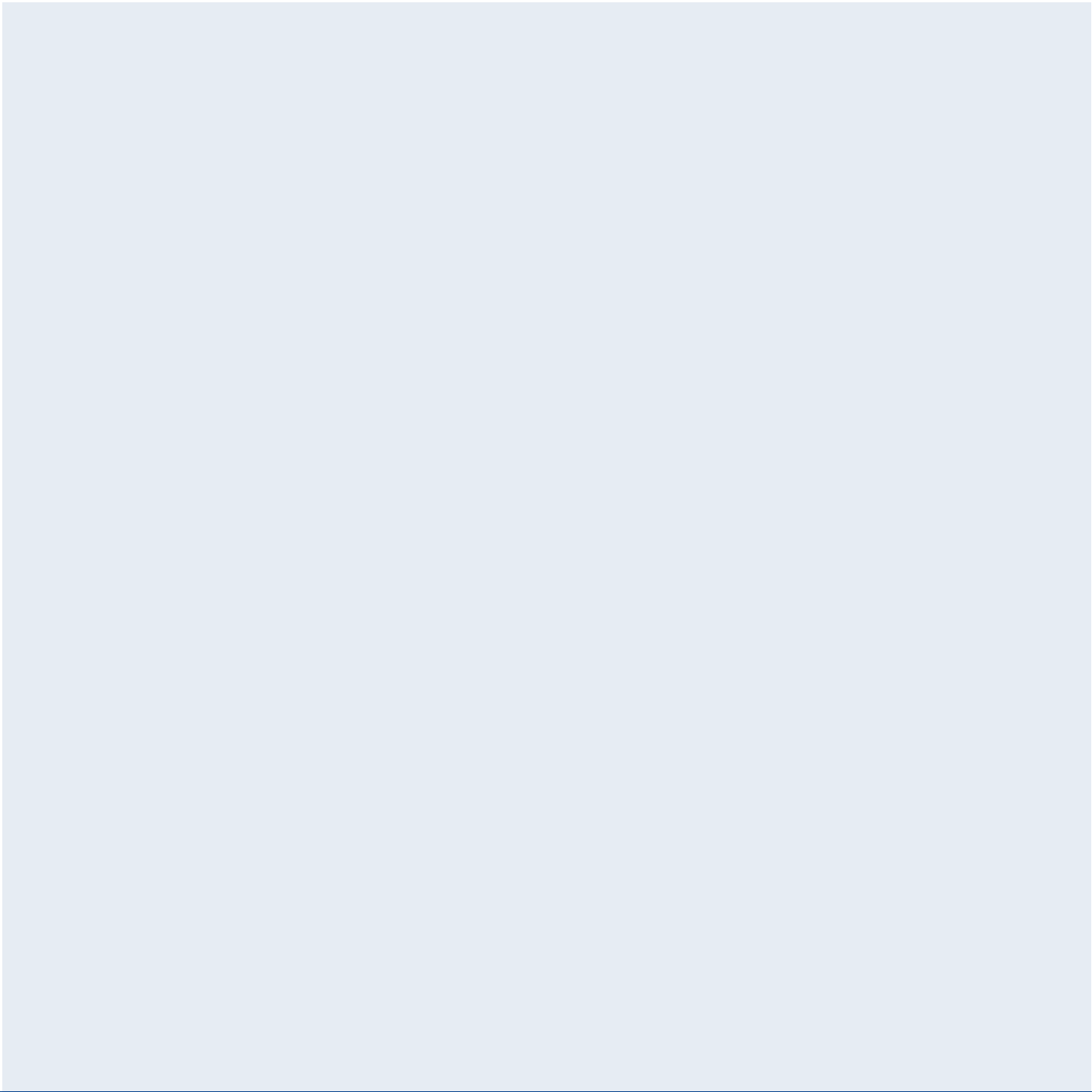
Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. S.Pauline Verloove-Vanhorick

Geregelde wisselwerking



Universiteit Leiden



Geregelde wisselwerking

rede uitgesproken door

Prof.dr. S.Pauline Verloove-Vanhorick

ter gelegenheid van haar afscheid als hoogleraar
Preventieve en Curatieve Gezondheidszorg voor Kinderen
aan de Universiteit Leiden
vanwege de Stichting LIFT
op vrijdag 1 februari 2008



Universiteit Leiden

Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Een afscheidsrede is een goede traditie. Het markeert een moment in een loopbaan, voor de scheidende hoogleraar zelf en voor allen eromheen, beroepsmatig en persoonlijk. Het is een moment om te denken: wat is er terecht gekomen van alle mooie plannen, en hoe zou het verder moeten? Ik wil bij deze gelegenheid een verhaal houden gebaseerd op mijn ervaringen tijdens mijn 15 jaar hoogleraarschap aan het LUMC. Het was een bijzonder hoogleraarschap vanuit mijn dagelijks werk bij TNO, daarom spelen ook die ervaringen een rol.

De titel van mijn oratie, 14 jaar geleden, was: “Wisselwerking”. Als titel voor dit afscheidscollege heb ik gekozen: “Geregelde wisselwerking”. Ik zal U uitleggen wat ik daarmee bedoel. Mijn verhaal heeft vier onderdelen: een terugblik op de plannen die ik had toen deze leerstoel ingesteld werd en die ik in mijn oratie beschreef, “Wisselwerking” dus, en wat ervan terecht is gekomen; dan de uitleg van de “Geregelde Wisselwerking” met wat voorbeelden; als derde een paar gedachten over de toekomst en de rol van geregelde wisselwerking. Dat alles natuurlijk met betrekking tot kinderen (van min 10 maanden tot 23 jaar), hun gezondheid (in ruime zin) en de rol van een aantal beroepsgroepen in de gezondheidszorg voor kinderen (vooral kinderartsen en jeugdartsen). Ik zal besluiten met een dankwoord.

Wisselwerking

“Wisselwerking” wordt in Van Dale gedefinieerd als: “zodanige werking dat het één oorzaak is van het ander, of het beïnvloedt”. Ik heb het destijds gekozen als thema voor mijn oratie omdat het goed weergaf wat ik beoogde met mijn leerstoel:

“Preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen”. De Leidse hoogleraar kindergeneeskunde Gorter was in 1929 medeoprichter van het Instituut voor Preventieve Geneeskunde (later NIPG-TNO); terecht is ons huidige gebouw aan de Wassenaarseweg naar hem vernoemd. Hij vond de samenwerking tussen preventie en curatie essentieel. Zijn tijdgenoot Scheltema schreef in 1942 een hoofdstuk ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde getiteld: “De Kindergeneeskunde en de toenemende betekenis van de profylaxe; een wisselwerking”. Wat ik beoogde met “Wisselwerking” lag op drie gebieden: het wetenschappelijk onderzoek in de jeugdgezondheidszorg en kindergeneeskunde; die beide vakgebieden zelf; en die beide beroepsgroepen, individueel en collectief.

Voor het bevorderen van wisselwerking in onderzoek is de leerstoel heel nuttig geweest. Onderzoekers van LUMC en TNO hebben tientallen gezamenlijke onderzoeksprojecten uitgevoerd waarbij afwisselend het accent op kindergeneeskunde of op jeugdgezondheidszorg lag. De wederzijdse beïnvloeding van de onderzoekers en van de vakgebieden kreeg vorm. In 1998 hebben Prof. Jan Maarten Wit en ik het “Leiden Center for Child Health and Pediatrics LUMC-TNO” opgericht. In dat kader zijn en worden tientallen onderzoeksprojecten uitgevoerd met als resultaat een groot aantal gezamenlijke promoties en publicaties.

Wisselwerking was uitgesproken succesvol bij de Vierde Landelijke Groeistudie: het gezamenlijk ontworpen onderzoeksplan werd uitgevoerd in de jeugdgezondheidszorg, gecoördineerd vanuit TNO, gezamenlijk wetenschappelijk begeleid, de gegevens werden bewerkt door een gezamenlijke promovenda, Miranda Fredriks, en de daaruit voortgekomen groeidiagrammen worden gebruikt in de hele jeugdgezondheidszorg en kindergeneeskunde. Ook bij onderdelen van POPS

(het grote cohort vroeggeborenen dat we sinds 1983 volgen) was de samenwerking essentieel. Recent is de studie afgerond naar de toestand van deze ex-prematuuren toen ze 19 jaar oud waren. Ze werden op 10 plaatsen in Nederland onderzocht, de landelijke coördinatie gebeurde bij TNO, en er waren een tiental deelprojecten aan verbonden op verschillende gebieden. In het Leidse deelproject heeft Martijn Finken de verbinding weten te leggen tussen de epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand, de eerste subklinische tekenen van aderverkalking en insulineresistentie, en laboratoriumonderzoek naar de stofwisseling en DNA-polymorfismen die daar mogelijk aan ten grondslag liggen. Een mooiere samenwerking tussen laboratorium, kliniek en public health-epidemiologie is nauwelijks denkbaar.

Het onderzoek naar gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven bij kinderen heeft jaren lang gefloreerd in Centerverband, met aan de TNO-kant onder anderen Erik Verrips. Hij zet die onderzoekslijn voort in Amsterdam via zijn leerstoel “Mondgezondheid en kwaliteit van leven” bij ACTA.

Ook bij een aantal onderzoeken naar screening in de jeugdgezondheidszorg hebben we veel plezier gehad van de samenwerking in het Center. Zo leidde het onderzoek naar screening op coeliakie (glutenovergevoeligheid) onder leiding van dr. Luisa Mearin tot de conclusie dat een dergelijk programma voorlopig niet succesvol en doelmatig zou kunnen worden. Zo'n negatieve uitkomst is teleurstellend, maar even belangrijk als een positieve uitkomst, zoals bij het onderzoek naar AGS (adreno genitaal syndroom) dat wél uitmondde in landelijke invoering via de hielprik bij pasgeborenen. Het doet me dan ook veel plezier dat de samenwerking in Centerverband wordt voortgezet door onze opvolgers, getuige het nieuwe beleidsplan dat recent door Prof. Annemarie Oudesluys-Murphy en dr. Simone Buitendijk is opgesteld.

Mede vanuit deze samenwerking tussen de klinisch-curatieve afdeling kindergeneeskunde in het LUMC en preventieve afdeling jeugd in TNO is binnen het LUMC enkele jaren geleden nut en noodzaak van een afdeling Public Health opnieuw bezien. En zo bestaat sinds 2006 in het LUMC het Centrum voor Public Health en Eerstelijns geneeskunde onder leiding van Prof. Pim Assendelft. De samenwerking in het project Preconceptie Advisering (daar komt die “min 10 maanden” vandaan die ik in de inleiding noemde: veel gezondheidswinst is nog te boeken in de eerste maanden van de zwangerschap, dus voorlichting daarover moet vóór de conceptie gegeven worden!) is gevolgd door een bredere samenwerking in het kader van de Academische Werkplaats Public Health met GGD, LUMC en TNO waar het onderwerp jeugd ook een plaats in heeft.

Ook buiten Leiden is de samenwerking in onderzoek de laatste jaren uitgebreid. Ik noem het VUmc waar Prof. Remy Hira Sing sinds 2001 de enige echte hoogleraar Jeugdgezondheidszorg is, het UMCGroningen waar Prof. Menno Reijneveld in 2004 hoogleraar werd, en ook het ErasmusMC-Sophia waar de samenwerking vooral tot uiting komt in Generation R, het grootschalige longitudinale onderzoek waarin kinderartsen en jeugdartsen samenwerken met nog vele andere specialisten. Wisselwerking tussen de vakgebieden jeugdgezondheidszorg en kindergeneeskunde in bredere zin is mede door de resultaten van al dat onderzoek ook op een aantal punten verbeterd. In mijn oratie stelde ik: “Preventie leidt tot minder ziekte of tot eerdere diagnostiek van ziekte, dus vroegere behandeling en een grotere kans op genezing. Zo bepaalt preventie gedeeltelijk de inhoud en het effect van curatie. Omgekeerd kan klinisch wetenschappelijk onderzoek bij kinderen met een ziekte leiden tot de fundamentele en epidemiologische kennis die preventie mogelijk maakt. En zo bepaalt de curatieve zorg mede de

inhoud en het effect van preventie”.

Er zijn recente voorbeelden van die wederzijdse beïnvloeding: binnen het vakgebied kindergeneeskunde komen ziektebeelden zoals ernstige infecties door Haemophilus Influenzae groep B, Meningokokken groep C en Pneumokokken niet of nauwelijks meer voor sinds daartegen wordt gevaccineerd in de jeugdgezondheidszorg. Kinderen met zeldzame stofwisselingsstoornissen komen eerder bij de kinderarts sinds de hielprik-screening uitgebreid is; het vakgebied “metabole ziekten” binnen de kindergeneeskunde is daarmee veranderd.

Omgekeerd zijn er signalen uit de kliniek dat hersenbloedingen bij zuigelingen door tekort aan Vitamine K weer iets vaker voorkomen, dus de advisering over Vitamine K in de jeugdgezondheidszorg op het consultatiebureau verdient extra aandacht. Hetzelfde geldt voor rachitis (Engelse ziekte) en advisering over Vitamine D, en voor cariës en tandenpoetsen met fluoridentandpasta. Misschien is die aandacht ten onrechte verslapt doordat “advisering” in het Maatwerkdeel van het Basistakenpakket JGZ terecht gekomen is (en dus formeel alleen op indicatie wordt gegeven) in plaats van in het Uniforme deel dat structureel aan alle kinderen en hun ouders ten goede komt. Het signaal uit de groeistudie dat een toenemend aantal kinderen, zelfs kleuters, lijdt aan overgewicht met alle risico's van dien heeft kinderartsen ervan doordrongen dat zij een belangrijke rol hebben bij de behandeling van dergelijke kinderen. Gelukkig komen dergelijke voorzieningen nu geleidelijk van de grond.

“Psychosociale problemen bij kinderen” is een verzamelbegrip waaronder van alles valt, van driftbuien tot depressies, van pesten tot stelen, van leerproblemen door zwakbegaafdheid tot gedragsproblemen door hoogbegaafdheid, en van kindermishandeling tot agressief gedrag bij adolescenten. Dit onderwerp houdt zowel de jeugdgezondheid als de

kindergeneeskunde (en vele anderen) bezig, op zoek naar de beste manier om dit soort problemen te voorkómen of in elk geval vroeg te signaleren en passende hulp te bieden. Er zijn vorderingen gemaakt, getuige het recente proefschrift van Ton Vogels, maar we zijn er nog lang niet. Het subspecialisme Sociale Pediatrie heeft daarbij een eigen rol, de leerstoel die Prof. Annemarie Oudesluijs-Murphy in het LUMC bekleedt zal ongetwijfeld de ontwikkeling van dat vakgebied ten goede komen.

Wisselwerking tussen de individuele leden van de beroeps-groepen, met name artsen JGZ en kinderartsen, en tussen hun beider wetenschappelijke verenigingen AJN en NVK (de derde vorm van wisselwerking die ik wilde bevorderen) is geleidelijk verder toegenomen. Ik heb vooral in mijn periode als voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde daaraan kunnen bijdragen. De wisselwerking tussen de besturen heeft geleid tot een aantal gezamenlijke initiatieven en standpunten, tot wisselwerking tussen individuen tijdens gezamenlijke studiebijeenkomsten, en tot overleg over mogelijke vormen van samenwerking op het gebied van de opleiding. Ik hoop dat de wisselwerking steeds verder verbetert, misschien is in de toekomst zelfs verdergaande integratie van de vakgebieden denkbaar, in lijn met de situatie in grote delen van Europa en de rest van de wereld. Wisselwerking dus, op al deze gebieden. Kan het beter? Ja, met

“Geregelde wisselwerking”

Geregeld in de betekenis van “regelmatig, met een vaste frequentie” maar ook “volgens een vaste regel” en “behoorlijk georganiseerd”. Vooral dat laatste spreekt mij aan zoals U weet. De voorbeelden die ik hiervoor genoemd heb als resultaten van wisselwerking illustreren dat al, en ik wil U nog een paar voorbeelden geven.

De wisselwerking tussen TNO en LUMC ging beter toen mijn leerstoel dat regelde, en ik er formeel tijd aan kon besteden. Bovendien gaf het hoogleraarschap mij toegang tot gremia die anders moeilijk te bereiken zijn.

Het Center for Child Health and Pediatrics bood het kader om regelmatig uitgebreid te overleggen over prioriteiten en kansen voor gezamenlijk onderzoek. Binnen de afzonderlijke projecten was de wisselwerking intensiever naarmate de samenwerking beter geregeld was en er regelmatige contacten waren. Onderzoek is ondenkbaar zonder wisselwerking, en wisselwerking ontstaat gemakkelijker als de context en infrastructuur geregeld zijn. Het Center is een goede manier gebleken om regelde wisselwerking te bereiken. Een andere goede manier zijn de deeltijdaanstellingen bij TNO van Hira Sing (vanuit het VUmc) en Reijneveld (vanuit het UMC Groningen), en die vanuit TNO van Van Buuren (bij de Universiteit Utrecht) en Verrips (bij ACTA). Geregelde wisselwerking kan dus heel formeel met contracten en wederzijdse aanstellingen, maar het kan ook informeel met goede mondelinge afspraken. Onderling vertrouwen helpt ook veel. Wisselwerking tussen de vakgebieden Jeugdgezondheidszorg en Kindergeneeskunde kwam ook meestal niet vanzelf tot stand. Vaccinaties doen ziektebeelden verdwijnen, dat gaat vanzelf (als de vaccinatie goed is). Maar de besluitvorming die aan de invoering van een nieuwe vaccinatie vooraf gaat vereist “geregelde wisselwerking” in de meest uitgesproken vorm. De Gezondheidsraad met zijn achtereenvolgende adviescommissies die zich over oude en nieuwe onderwerpen binnen het Rijks Vaccinatie Programma buigen (de vaste Commissie RVP en alle afzonderlijke commissies zoals “Polio” en “Kinkhoest”) is het toonbeeld van een infrastructuur waarin regelde wisselwerking tot stand wordt gebracht. En dan gaat het niet alleen om kindergeneeskunde en

jeugdgezondheidszorg maar ook om microbiologie, immunologie, epidemiologie, gezondheidseconomie, ethiek en nog veel meer.

Dat de advisering over vitamine K, vitamine D en tandenpoetsen extra aandacht behoeft in de jeugdgezondheidszorg berust op dit moment nog op wandelgangenwisselwerking. Regelmatig wordt via het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde (een activiteit van de NVK die is ondergebracht bij TNO) nagegaan of bepaalde ziektebeelden voorkomen en hoe vaak. In het verleden is met dat systeem aangetoond dat Vitamine K -deficiënte bloedingen duidelijk afgenomen waren na invoering van het preventieve advies in de jeugdgezondheidszorg. Nu zijn er aanwijzingen dat er weer een toename is. Een nieuwe telling is nog niet gedaan maar die zal nuttig zijn ter onderbouwing van betere voorlichting en advisering.

De epidemie van overgewicht en obesitas treft ook de kinderen. Dat werd duidelijk uit de Vierde Landelijke Groeistudie in 1997, 17 jaar na de derde groeistudie. Wellicht zou dat eerder ook al aangetoond hebben kunnen worden, bij regelde metingen zouden dergelijke signalen vroegtijdig opgevangen kunnen worden. Doordat de oorzaken van overgewicht complex zijn, is preventie en behandeling ingewikkeld. De wisselwerking tussen alle betrokken vakgebieden en bestuurlijke en politieke betrokkenen komt maar langzaam op gang.

De wisselwerking tussen de beroepsgroepen Artsen Jeugdgezondheidszorg en Kindergeneeskunde tenslotte is zeer gebaat geweest bij geregeld overleg, zowel op bestuursniveau als tussen commissies en werkgroepen en tussen individuele artsen in de lokale samenwerking. Het gezamenlijk optrekken bij onderwerpen die zich daar voor lenen, bijvoorbeeld preventie van Wiegendood, bevorderde de wisselwerking en versterkte de positie van de afzonderlijke partijen. De AJN en

de NVK zijn samen betrokken in de discussie over de plaats van de gezondheidszorg in het geheel van de zorg voor jeugd. Er zijn een aantal nieuwe richtlijnen geïdentificeerd waar wederzijdse inbreng tot betere resultaten zal kunnen leiden. En beide groepen zijn intensief betrokken bij de preventie en behandeling van kindermishandeling, de uitbreiding van de hieprikscreening en de besluitvorming rond mogelijke nieuwe screenings.

Het belang van “geregelde wisselwerking” voor wetenschappelijk onderzoek en voor de uitoefening van de beroepen “kinderarts” en “arts jeugdgezondheidszorg” moge uit deze voorbeelden duidelijk zijn. Maar het belang kan nog met vele andere voorbeelden geïllustreerd worden. Een paar daarvan wil ik nog noemen.

8

Een goede arts-patiëntrelatie ontstaat als er geregeld contact is. Dat hoeft niet eens vaak te zijn, één of twee keer per jaar is genoeg, maar dan wel telkens met dezelfde dokter en wel gedurende een aantal jaren. De wisselwerking die dan ontstaat bevordert efficiëntie, therapietrouw en tevredenheid van patiënt en dokter.

De prenatale zorg, dus tijdens de zwangerschap vanaf ongeveer de achtste week (dus “min 7 maanden”) tot de bevalling (“o maanden”) is een goede periode om wisselwerking tussen verloskundige of gynaecoloog en zwangere te bereiken: de regelmatige controles bieden gelegenheid tot uitwisseling van zorgen en adviezen en tot het ontstaan van een vertrouwensrelatie. Dat bevordert het goede verloop van zwangerschap en bevalling. De huidige tendens om alles wat niet strikt evidence-based is te schrappen lijkt op het eerste gezicht doelmatig omdat het kosten bespaart. Maar het is de vraag of het gebrek aan wisselwerking uiteindelijk niet veel meer kosten genereert. Hetzelfde geldt in de preventieve zorg: adviezen worden beter op de klant afgestemd en beter door die klant opgevolgd als

er door geregelde contacten een wisselwerking is ontstaan.

Dat is één van de factoren die bijdragen aan het succes van de jeugdgezondheidszorg: ouders gaan in de eerste levensjaren van hun kind een keer of 14 naar hetzelfde consultatiebureau waar ze in principe dezelfde arts, verpleegkundige en assistente aantreffen. Voor de oudere leeftijdsgroepen wordt dat lastiger: de contacten zijn nog maar incidenteel, met verschillende medewerkers van het JGZ-team en soms op verschillende locaties. Wisselwerking is dan veel moeilijker te bereiken. Bij groepsgerichte activiteiten in de jeugdgezondheidszorg en bij massamediale campagnes is nauwelijks of geen sprake van wisselwerking, het effect valt dan ook vaak tegen.

Frequenter contactmomenten, natuurlijk in een efficiënte vorm en tegen relatief bescheiden kosten, kunnen mogelijk tot betere wisselwerking en grotere effectiviteit leiden.

Wisselwerking tussen onderzoekers wordt eigenlijk alleen bereikt door elkaar vaak te zien en te spreken, zeker in de beginfase van een samenwerking. Ik heb dat geleerd van mijn leermeester neonatologie en promotor Prof. Jan Ruys. De wekelijkse “grote visite” in de kliniek vormde de gelegenheid bij uitstek tot uitwisseling van ideeën over behandeling en prognose van de patiënten. Later was het wekelijkse overleg over de voortgang van het POPS-onderzoek nuttig, leerzaam maar vooral ook erg plezierig. Ook met medepromovendus Robert Verwey, die de verloskundige aspecten voor zijn rekening nam, diens promotor Prof. Jack Bennebroek Gravenhorst en statisticus Ronald Brand ontstond een wisselwerking die wetenschappelijk heel rendabel is gebleken: een dubbele cum laude promotie, en vele gezamenlijke publicaties.

Dat principe van geregelde wisselwerking heb ik sindsdien steeds trachten toe te passen: bij het vervolgonderzoek van POPS, eerst met Thea van Zeben door een kamer te delen; later met Martina Ens, Sylvia Veen en Anneke Schreuder door

elke twee weken een werkbespreking te houden (onder protest, want het onderzoek werd uitgevoerd met huisbezoeken, dus ze waren vrijwel dagelijks op stap in het hele land en vonden aanvankelijk al dat overleg maar overdreven). Ook bij het controlegroeponderzoek, dat enkele jaren later bij het NIPG-TNO van start ging, werd door Jan Ruys en mij geprobeerd geregelde wisselwerking te bereiken met de onderzoekers Pieter Herngreen en Thea Reerink; gezien hun beider promotie op dit “SMOCK-onderzoek” (Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen) en gezien het feit dat ik nadien bij het NIPG-TNO ging werken was die wisselwerking goed tot stand gekomen.

Ook in het management van een organisatie is geregelde wisselwerking onontbeerlijk. In mijn periode als sectorhoofd Jeugd bood het geregeld overleg met divisiehoofd Atze Dijkstra gelegenheid tot afspraken over concrete zaken, tot plannen voor de nabije toekomst en tot filosoferen over de lange termijn. Later in mijn periode als hoofd van de divisie Jeugd waren er de vaste overlegmomenten met de sectorhoofden Simone Buitendijk, Erik Verrips en Remy Hira Sing (later Paul Verkerk) die tot vele fraaie onderzoeksprojecten en nuttige beleidsafspraken hebben geleid. Dank zij die geregelde wisselwerking was de toenmalige divisie Jeugd succesvol. Wisselwerking tussen grotere groepen mensen vergt meer regel. Binnen het huidige TNO Preventie en Zorg kennen we sectoroverleg, coördinerend overleg JGZ, seniorenoverleg Vraaggestuurd Programma en Business Unit bijeenkomsten. Het lijkt veel, en er wordt dan ook veel over geklaagd en vaak gevraagd of al dat overleg echt nodig is. Ik denk van wel: mensen moeten geregeld persoonlijk contact hebben om wisselwerking tot stand te brengen. Het huidige e-mailverkeer is contraproductief in het creëren van wisselwerking: het geeft misverstanden en irritaties en leidt zelden tot wezenlijke

uitwisseling van ideeën. E-mail ontregelt de wisselwerking. Een feestje daarentegen doet wonderen, zowel voor een project zoals POPS als voor een sector zoals Jeugd of voor een Business Unit zoals Preventie en Zorg.

Ik hoop dat nu duidelijk is wat ik met “geregelde wisselwerking” bedoel en waarom ik dat belangrijk vind. Ik veroorloof mij nu nog enkele bespiegelingen over de toekomst, met datzelfde thema “geregelde wisselwerking” op de achtergrond, en weer over patiëntenzorg, preventie, onderzoek, opleiding en management.

Geregelde wisselwerking in de toekomst

Bij de zorg voor opgroeiende kinderen is een groot aantal mensen en instanties betrokken: ouders of verzorgers, broertjes en zusjes, verdere familie, de buurt, de school, de sport-of hobbyclub, en als “professionals” de arts jeugdgezondheidszorg en incidenteel de huisarts. De preventieve gezondheidszorg voor kinderen, de jeugdgezondheidszorg dus, is bedoeld voor alle kinderen en heeft tot doel gezonde kinderen gezond te houden. Met frequente contactmomenten in één of andere vorm kan, ook na het vijfde jaar, de wisselwerking die in de zuigelingen- en kleuterperiode is ontstaan behouden blijven. Dat zou de doelmatigheid van voorlichting en advisering ten goede komen. Als er op een van de eerder genoemde gebieden stoornissen of problemen ontstaan bij een kind, neemt het aantal mensen en organisaties betrokken bij de zorg voor dat kind exponentieel toe: medisch specialisten, verpleegkundigen, paramedische behandelaars, maatschappelijk werk, medewerkers van bureau Jeugdzorg, gezinszorg, opvoedingsondersteuning, zorgadviesteams, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, justitie en reclassering, pedagogen, kinderpsychologen en kinderpsychiaters, en nog veel meer hulpverleners kunnen

bij een kind en gezin betrokken raken (laatst hoorde ik van een gezin waarbij 44 hulpverleners betrokken waren). Daarmee neemt ook de kans op misverstanden toe doordat er teveel “schakelpunten” tussen de verschillende hulpverleners en instanties ontstaan: zelfs als per schakelpunt de samenwerking vrijwel optimaal is, 95 %, dan gaat in een keten van 8 hulpverleners met dus 7 schakelpunten nog maar 70 % goed. Er gaat dan dus bij 30 % van dergelijke gevallen ergens iets mis. Zorg voor optimale samenwerking per schakelpunt, liefst 99 %, is dus essentieel. De Centra voor Jeugd en Gezin die het programmaministerie van minister Rouvoet wil laten ontstaan, zullen niet automatisch tot een dergelijk hoog niveau van samenwerking leiden, daarvoor zal nog veel meer geregeld moeten worden.

10 Preconceptiezorg, de zorg voor het ongeboren en zelfs nog niet verwekte kind (min 10 maanden dus), is een mengsel van zorg en preventie. Het doel is, bestaande kennis aan paren met kinderwens door te geven, zodat zij hun kans op een gezond kind kunnen vergroten. Met die kennis kunnen zij zelf besluiten over mogelijk nader onderzoek, bijvoorbeeld naar de kans op besmetting met rode hond bij niet-gevaccineerden of naar mogelijke risico's op blootstelling aan toxische stoffen op het werk. Ook kunnen ze tijdig nadenken over deelname aan preventieprogramma's bijvoorbeeld om te stoppen met roken en over deelname aan screenings tijdens de zwangerschap met alle mogelijke consequenties van dien. Preconceptiezorg zal alleen werken als de voorlichting wordt aangeboden en gegeven door personen met wie al samenwerking bestaat. De huisartsenpraktijk lijkt mij daarvoor de aangewezen plaats. In het wetenschappelijk onderzoek is gelegenheid tot persoonlijke contacten en overleg van belang. Daarvoor zijn bijvoorbeeld periodieke gestructureerde ontmoetingen nodig. Dat kost tijd, die moet er zijn. Alleen dan ontstaat werkelijke

wisselwerking en een vruchtbare samenwerking. Thuiswerken en e-mailen ontregelen de samenwerking.

Zo zou bijvoorbeeld de epidemie van overgewicht eindelijk effectief bestreden kunnen worden als een goede samenwerking geregeld zou worden tussen onderzoekers op het gebied van Public Health, kliniek en laboratorium. Vanuit de Public Health kunnen we overgewicht signaleren met periodieke groeistudies en screeningsprogramma's met behulp van de groeidiagrammen. We kunnen op bevolkingsniveau bedenken wat we tegen de epidemie kunnen doen (veilige wegen maken om te lopen of fietsen naar school, sport- en speelfaciliteiten maken). Maar er moet ook op individueel niveau actie ondernomen worden: met preventieve adviezen door de jeugdgezondheidszorg (over beter ontbijten, genoeg slapen, minder TV kijken en minder computeren), met schoolprogramma's gericht op elk kind afzonderlijk en op de klas, en met voedingsadviezen voor het hele gezin. Klinisch onderzoek is nodig naar effectieve behandeling van morbide obesitas bij kinderen (8 jaar, 1.30 meter, 60 kilo in plaats van 20 á 35 kilo) als individuele behandeling of gezinstherapie; en naar effectieve behandelstrategieën voor “gewoon” overgewicht, poliklinisch. Daarnaast is laboratoriumonderzoek nodig naar metabole en genetische oorzaken. Het onderzoek naar toepassing van nieuwe voedingsmiddelentechnologie kan een goede bijdrage zijn door “vanzelf” slechte voedingsgewoonten af te schaffen: vetvrije patates frites die ook nog echt lekker zijn zouden voor velen een uitkomst zijn; ikzelf kijk vooral uit naar echt lekkere chocola zonder vet en suiker ... Onderlinge samenwerking tussen al deze vakgebieden staat nog in de kinderschoenen, maar lijkt me noodzakelijk om op afzienbare termijn het overgewicht-tij te keren.

De periode van opleiding is bij uitstek geschikt om samenwerking te laten ontstaan. Een goede methode

daarvoor is het gedeeltelijk samen opleiden van mensen die later in aangrenzende vakgebieden gaan werken.

Hopelijk zal binnenkort weer een deel van de opleidingen jeugdgezondheidszorg en kindergeneeskunde gezamenlijk kunnen worden gevolgd, zodat de wisselwerking tussen die vakgebieden versterkt wordt.

Wisselwerking in managementzaken is ook essentieel.

Informatie in een nieuwsbrief of op intranet is niet voldoende om mensen er bij te betrekken, het vergt zoeken en tijd en blijft toch passief. Uitwisseling en beïnvloeding van meningen of standpunten ontstaat nauwelijks. Om neuzen één kant op te krijgen is echte inspraak en wisselwerking nodig door overleg op het juiste moment. Wisselwerking ontstaat dus niet vanzelf, het moet geregeld worden. Maar ook dan lukt het soms niet, het moet ook “klikken” tussen de betrokkenen.

Tussen arts en patiënt of cliënt, in dit geval jeugdarts of kinderarts en kind en ouders, kan alleen een echt effectieve wisselwerking ontstaan als het klikt. De keuze van basisartsen voor deze vakken berust gelukkig vaak op het gevoel “iets met kinderen” te willen doen. Wie dat gevoel niet heeft, zal grote moeite hebben om wisselwerking tot stand te brengen, hoe goed het ook wordt geregeld en hoe geregeld de contacten ook zijn. Al eeuwenlang zijn er artsen geweest die zich toelegden op kinderen. Zo is een belangrijk deel van het boek “Schat der gesontheydt” uit 1637 van Johan van Beverwijk gewijd aan preventieve en curatieve kindergeneeskunde. En zo is 150 jaar geleden formeel het vak “kindergeneeskunde” ontstaan, nu opgesplitst in jeugdgezondheidszorg, huisartsgeneeskunde voor kinderen en kindergeneeskunde. Er zijn ook aparte specialismen ontstaan als kinderchirurgie, kinderneurologie en kinderorthopedie. De laatste tijd gaan er stemmen op om in ziekenhuizen niet meer alle kinderen organisatorisch bij elkaar te laten behandelen door kindgerichte mensen

(het “kinderziekenhuismodel”) maar het meer orgaan-of onderwerpgericht te organiseren, dus bijvoorbeeld alle infectieziekten bij elkaar. Dat lijkt me een stap terug naar een ver verleden. Het blijft van groot belang dat het leeuwendeel van de gezondheidszorg voor kinderen wordt uitgevoerd door mensen die “iets met kinderen” willen, omdat alleen dergelijke mensen de noodzakelijke wisselwerking tot stand kunnen brengen.

Ook de wisselwerking tussen onderzoekers is afhankelijk van de personen. Men kan nog zoveel gelegenheden scheppen om “geregelde wisselwerking” te laten ontstaan, maar als het niet klikt, wordt het niks. Er zijn vele voorbeelden te bedenken van veelbelovend onderzoek dat nergens toe geleid heeft omdat er ruzie ontstond, soms om ogenschijnlijk onnozele dingen. Er zijn ook vele voorbeelden van goed en excellent onderzoek dat tot stand kwam uit een wisselwerking, waar mensen elkaar inspireerden en waardoor het werk echt leuk werd. Dat geldt overigens ook voor de schone kunsten, zoals ballet waar wisselwerking tot grootse prestaties kan leiden, wat de dansers zelf ook geweldig vinden. Het lijkt tegenwoordig soms wel alsof dat niet meer mag, als iets “leuk” is is het niet serieus en kan het niets worden. Ik ben echter van mening dat alleen “leuk” onderzoek (en “leuk” dansen) kan leiden tot werkelijk goede resultaten.

Tot slot: wisselwerking gaat vaak beter als er niet alleen mannen maar ook vrouwen bij betrokken zijn. Bij mijn proefschrift, in 1987, had ik een stelling bedacht: “In Nederland zou tenminste één leerstoel verloskunde en één leerstoel kindergeneeskunde bezet moeten worden door een vrouw”, maar die vonden mijn promotoren toen niet geslaagd (die van Robert Verwey: “Mannen en vrouwen zijn niet gelijk” vonden ze wel verdedigbaar...). In de laatste alinea van mijn oratie, in 1994, betoogde

ik dat het aantal vrouwelijke hoogleraren bij de medische faculteit bedroevend klein was, evenals het aantal vrouwelijke afdelingshoofden bij TNO. Ik moet helaas vandaag, in 2008, vaststellen dat er maar marginale verbeteringen tot stand zijn gekomen in dit opzicht. Misschien kan ik daar in de komende jaren juist vanaf de zijlijn nog iets aan proberen te regelen.

Dames en heren, dat brengt mij bij het dankwoord.

Ik heb het genoeg gehad met vele mensen in uitstekende, soms heel bijzondere wisselwerking te hebben gewerkt. Een wisselwerking die tot resultaten heeft geleid waar ik met plezier aan terugdenk. Dat geldt voor alle fasen van het POPS-onderzoek, waar telkens weer nieuwe mensen aanschoven (en aanschuiven!) met wie het klikte. En het geldt ook voor mensen met wie ik in het kader van het Center for Child Health and Pediatrics LUMC-TNO heb mogen samenwerken, binnen de afdeling Kindergeneeskunde van het LUMC en de afdeling Jeugd van TNO. Breder binnen TNO (binnen de vroegere divisie Collectieve Preventie, toen de divisie Jeugd, tegenwoordig de Business Unit Preventie en Zorg, maar ook het kerngebied Kwaliteit van Leven) zijn er ook telkens weer mensen geweest die het werken “leuk” maakten, zowel in onderzoek als in management. En tenslotte zijn er de talloze mensen in commissies, adviesraden en besturen met wie het werken inspirerend, uitdagend en effectief was, kortom “leuk”. Ik dank hen allen voor de persoonlijke “geregelde wisselwerking”. Ik hoop op een paar gebieden nog actief te blijven, en ik zal U allen daar ongetwijfeld weer tegenkomen zodat we de wisselwerking kunnen voortzetten.

Twee mensen wil ik nog apart danken voor de wisselwerking: Prof. Nanny Koppe, die me in 1981 stimuleerde om vooral door te zetten met POPS ondanks de tegenwerpingen vanuit de toenmalige Werkgroep Neonatologie van de NVK, en

Prof. Henk Visser die datzelfde deed rond 1991, toen de financiering van het POPS 5-jaars-onderzoek stopgezet dreigde te worden. Hun steun in de rug was cruciaal.

Ik dank het bestuur van het Lorentz van Iterson Fonds, de Raad van Bestuur van TNO en de Raad van Bestuur van het LUMC voor het vertrouwen; de leiding van het Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum LUMC (met name Robert Holl), de directie van het Kerngebied Kwaliteit van Leven (Kees Ekkers) en de leiding van de Business Unit Preventie en Zorg van TNO (Michael Holewijn) en al hun voorgangers voor het daadwerkelijk scheppen van kansen voor “geregelde wisselwerking”. Maar vooral dank ik de medewerkers van de afdeling Kindergeneeskunde van het LUMC en de vele medewerkers aan het programma Jeugd van TNO met wie ik in de loop van de jaren heb samengewerkt. Ik heb met plezier heen en weer gelopen tussen de twee gebouwen. Het was een mooie tijd, en ik hoop op nog een aantal even mooie maar iets rustiger jaren.

Tot slot: mijn familie en vooral mijn gezin. In mijn oratie heb ik destijds gezegd dat ik jullie steun “gewoon” vond. Dat was gebaseerd op groot vertrouwen, en dat is terecht gebleken.

Ik heb ook gemerkt dat dat bij anderen niet zo vanzelfsprekend is, en dat heeft mijn waardering voor jullie verschillende vormen van uitdaging en medewerking vergroot. Ik vond toen jullie steun toch ook wel bijzonder, en dat vind ik nog steeds. Dank, en houden zo!

Dames en heren, ik dank U allen voor Uw aanwezigheid.

Ik heb gezegd.

In deze reeks verschijnen teksten van oraties en afscheidscolleges.

Meer informatie over Leidse hoogleraren:
Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl

PROF.DR. S.PAULINE VERLOOVE-VANHORICK



- 1972-1976 Specialisatie kindergeneeskunde in het AZL
- 1976-1980 Specialisatie neonatologie in het AZL
- 1980-1982 Stafid neonatologie AZL
- 1983-1992 Onderzoek “Project On Preterm and Small-for-gestational-age infants in the Netherlands 1983” vanuit het AZL
- 1987 Cum laude promotie op het proefschrift Project on Preterm and Small-for-gestational-age infants in the Netherlands 1983 aan de Rijks Universiteit Leiden
- 1988-2003 Sector/afdelings/divisiehoofd “Jeugd” bij TNO Kwaliteit van Leven (eerder NIPG-TNO, TNO-PG)
- 2003-2008 Chief Scientific Officer afdeling “Jeugd”, Business Unit Preventie en Zorg, TNO Kwaliteit van Leven
- 1993-2008 Bijzonder hoogleraar “Preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen” aan het LUMC (eerder AZL en RUL)

Vanuit de (curatieve) neonatologie en het landelijke naonderzoek naar uiteindelijke gezondheid en welbevinden van zeer vroeggeboren kinderen ontstond mijn belangstelling voor preventie: waarom worden kinderen te vroeg geboren, hoe kunnen we dat voorkomen, en hoe kunnen we de schade ten gevolge van de vroeggeboorte zoveel mogelijk voorkomen? Door onderzoek op het gebied van (preventieve) jeugdgezondheidszorg verbreedde mijn interesse zich naar: hoe kunnen we alle kinderen zo gezond mogelijk houden, welke middelen bestaan daarvoor en welke zouden nog ontwikkeld moeten worden?

De samenhang (of het gebrek daaraan) tussen de verschillende vormen van zorg voor kinderen heeft mij steeds geïntrigeerd. Dat toevalligheden geleid hebben tot het uit elkaar groeien van jeugdgezondheid en kindergeneeskunde betekende voor mij dat het mogelijk moest zijn deze vakgebieden weer dichter op elkaar te laten aansluiten. Gezamenlijk onderzoek, waarin naast preventieve, populatie-, curatieve en individuele ook fundamentele én toepassingsgerichte aspecten aan bod komen vormt een basis voor meer samenhang in onderzoek, opleiding en zorg voor kinderen in Nederland.



Universiteit Leiden