



JEUGDGEZONDHEIDSZORG ACTUEEL

NUMMER 20
NAJAAR 2010

JJA!

TIJDSCHRIFT VAN DE ARTSEN(VERENIGING)
JEUGDGEZONDHEIDSZORG NEDERLAND



JGZ en ethische kwesties

Onderzoek verbreedt gezichtsveld

Effectieve Interventies bij ASS?

Paul Helders met emeritaat

Meldcode(s)

JGZ goes Africa

Stephen Covey inspireert JGZ

REDACTIONEEL

Deelnemen aan een samenleving betekent tevens rekening houden met moraal-ethische vragen. Het dilemma of toegestaan kan worden een tienermeisje alleen op zee te laten zeilen speelde in de afgelopen periode. In hoeverre mag en kan de overheid zich bemoeien met de wijze waarop ouders opvoeden? In deze JA! is een keuze gemaakt uit het grote scala van onderwerpen op dit terrein. JGZ kan in een ethische dilemma komen bij een interventie die door mensen als goed wordt beschouwd, maar in feite geen werkelijk resultaat oplevert behalve voor de beurs van de aanbieder(s). Hoe pak je het aan om met een kind over haar of zijn overgewicht te praten als moeder of kind daar niets voor voelen? Wat te doen als de medewerkers uit eigen organisatie weigeren een HPV-vaccinatie te geven? Hoe gaat de JGZ'er om met vragen van ouders over de zogenoemde 'alternatieve geneeswijzen' of over bijvoorbeeld 'dolfijntherapie'? De KNMG heeft een duidelijke gedragsregel opgesteld: 'De arts en niet-reguliere behandelwijzen'. In een ander artikel wordt onderzoek beschreven naar de haalbaarheid van interventies, waaronder 'alternatieve', voor kinderen met een verstandelijke beperking of ASS. MEE Nederland heeft haar visie over omgaan met de kinderwens van mensen met een verstandelijke beperking in een richtlijn gezet.

Anja verzucht dat zij niet meer wijs kan uit de meldcodes. Hopelijk is het haar duidelijker na het lezen van het artikel over de KNMG-Meldcode kindermishandeling en de Basis meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van VWS. Hoe men beter in zijn eigen organisatie kan functioneren werd in een seminar door de 'goeroe Covey' gebracht: Praktijkvoering op een 'alternatieve' wijze.

In deze JA! is een nieuwe rubriek toegevoegd: JGZ en onderzoek. In interviews wil de Wetenschappelijke commissie van de AJN collega's laten spreken over hun onderzoek. Sommige collega's gaan wel heel ver met onderzoek en het opzetten van andersoortige zorgverlening blijktens het artikel 'JGZ goes Africa'. De JA!-redactie is zeer benieuwd naar het vervolg van deze bijzondere actie.

Een voor de JGZ zeer gewaardeerde man gaat met emeritaat: Paul Helders heeft in een interview verteld over zijn loopbaan. Rest nog een oproep om kopij voor de rubriek 'jeugdgezondheidszorg in de praktijk'. Iedereen komt rare, leuke, interessante, moeilijke zaken tegen tijdens of gerelateerd aan het werk in de JGZ.

Schroom niet maar stuur het op naar JA@artsenjgz.nl

Nen Heerdink, waarnemend hoofdredacteur

COLOFON

JA! Jeugdgezondheidszorg Actueel! Ledenbulletin van de Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
Verschijnt 3 keer per jaar
Website AJN: www.artsenjgz.nl

ISSN: 1873-8346

Redactie

Lucy Arntzenius, Henk Groeneveld, Michèle Haagmans, Nen Heerdink, Trudy de Jong, Marianne Nijhuis, Elle Struijff

Uitgever en redactionele ondersteuning

Uitgeverij gezondheidsinstituut NIGZ, Woerden.
Tekstbureau Veronique Huijbregts, Utrecht

Redactieadres

Uitgeverij NIGZ • Postbus 500
3440 AM Woerden
t: (0348) 43 98 19 • f: (0348) 43 76 66
e: ja@artsenjgz.nl

Redactionele formule

JA! [Jeugdgezondheidszorg Actueel!] is het tijdschrift van de Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN). Het besteedt aandacht aan alle aspecten rondom de beroepsuitoefening van de artsen in de Nederlandse jeugdgezondheidszorg, zoals de uitvoering, politiek (op landelijk, regionaal en lokaal niveau), wetenschappelijke ontwikkelingen, nascholing en verenigingsnieuws. JA! wil de vaak solistisch of in kleine teams werkende artsen jeugdgezondheidszorg een forum bieden om ervaringen en ontwikkelingen met elkaar te delen, discussies op gang te brengen en de gevolgen van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen voor het voetlicht te brengen.

Abonnementen

Secretariaat AJN, dinsdag - donderdag 10.00 - 12.00 uur, (0252) 42 10 74 of secretariaat@artsenjgz.nl
Alle AJN-leden ontvangen JA! Voor niet-leden van de AJN zijn de kosten van een abonnement € 25,- per jaar (3 nummers). Een los nummer kost € 10,-. Een verzoek om een abonnement kunt u schriftelijk indienen bij het secretariaat van de AJN, Postbus 24, 2160 AA Lisse. Een abonnement gaat in per 1 januari. Als u in de loop van het jaar een abonne-

ment neemt, wordt de abonnementsprijs evenredig met het te ontvangen aantal nummers verrekend. Het abonnement loopt automatisch door tenzij het voor 1 november schriftelijk bij het secretariaat van de AJN wordt opgezegd.

Advertenties

Evelien Storch
p/a Uitgeverij NIGZ
Postbus 500
3440 AM Woerden
(0348) 439819
e: uitgeverij@nigz.nl

Aanleveren advertenties

Uitgeverij NIGZ
Postbus 500
3440 AM Woerden
e: uitgeverij@nigz.nl

Advertenties vallen buiten de verantwoordelijkheid van de redactie. Ze kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Foto omslag: Marcel Spanjer

Ontwerp en opmaak
Om tekst en vorm, Utrecht
Druk
Advadi, Westervoort

Deze uitgave is mede mogelijk dankzij financiële ondersteuning van Nutricia Nederland B.V.



AJN-Ledenvergaderingen 2010: 26 november (thema: Leefstijl van jongeren). AJN-Ledenvergaderingen in 2011: 25 maart, 24 juni, 25 november.

Deadline voor het maartnummer van 2011: 7 januari 2011.

Veel informatie over de AJN kunt u vinden via www.artsenjgz.nl

INHOUD

	NIEUWS	
	In memoriam Hans van Wieringen	3
	ONTWIKKELINGEN	
	Een kinderwens en een verstandelijke beperking	4
	ONDERZOEK	
	Met onderzoek dien verbreed je je blikveld	6
	Wat is er en wat werkt?	8
	Over verantwoordelijkheid en autonomie	10
	OPINIE	
	Een weldoener voor de JGZ blikk vooruit en terug	12
	COLUMN	14
	ONTWIKKELINGEN	
	De gedragsregel van de KNMG	15
	Nieuw! Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	16
	JGZ-ANDERS	
	JGZ goes Africa	18
	UIT DE PRAKTIJK	
	Gewetensbezwaren tegen HPV: kan dat bij de GGD?	22
	Beroepsethiek, evenwicht tussen beroepsgeheim, zorgvuldigheid en vertrouwen	23
	IN DE PRAKTIJK	
	Inspiratie voor de dagelijkse werkpraktijk	24
	ONDERZOEK	
	Slim slapen	25
	CAM bij kinderen	25
	VAN HET BESTUUR	
	Verslag ALV 18 juni 2010	26

In memoriam Hans van Wieringen

14 mei 2010 is professor dr J.C. (Hans) van Wieringen overleden. Hans van Wieringen was als arts en wetenschapper een veelzijdig mens. Hij genoot daarom niet alleen bekendheid onder kinder- en jeugdartsen, maar was ook een man van naam onder andere medici, statistici en economisch historici.

■ HENK GROENEVELD, JAN JACOBS, VINCENT TASSENAAR

Hans van Wieringen studeerde van 1945 tot 1952 medicijnen aan de Rijksuniversiteit Leiden. Aansluitend volgde hij daar de specialisatie kindergeneeskunde. Zijn opleider professor Veeneklaas leerde hem twee essentiële zaken die een belangrijk stempel op zijn carrière hebben gedrukt. Het eerste element was: “Pediatric heeft zijn bestaansrecht vanwege het feit dat kinderen groeien en zich ontwikkelen”¹⁾ Daarnaast leerde hij tijdens zijn opleiding om de diagnose altijd in een vaste volgorde te doorlopen en vervolgens “te registreren wat je hebt beleefd”. Na een korte periode als kinderarts voor de Noordoostpolder werd Van Wieringen provinciaal kinderarts van Overijssel. In beide regio’s introduceerde hij een medische kaart die voor registratie in de consultatiebureaus werd gebruikt.

In 1962 nam de carrière van Hans van Wieringen een belangrijke wending: hij vertrok naar TNO om daar wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Sociale hygiëne te worden. Vanaf dat moment kwam het zwaartepunt bij de wetenschap te liggen. Een belangrijke bijdrage aan de jeugdgezondheidszorg leverde Van Wieringen in deze jaren als coördinator van de Tweede Landelijke Groeistudie. Van 1964 tot 1966 werden gegevens betreffende de lengte en het gewicht van zuigelingen, kinderen, dienstplichtigen en studenten verzameld en geanalyseerd. Hierbij liet Van Wieringen zich ook als ‘knutselaar’ niet onbetuigd: “Ik ben toen een babymeetbak gaan ontwikkelen; die bestond niet, want op zuigelingenbureaus werd niet gemeten.” Een groot verschil met de voorafgaande groeistudie uit 1955 was



dat de groeisput in de puberteit duidelijk(er) naar voren kwam. De groeicurven die Van Wieringen en zijn medeonderzoekers ontwikkelden zijn later voor de longitudinale begeleiding ingezet door artsen in de jeugdgezondheidszorg.

In 1972 promoveerde Hans van Wieringen op wat eigenlijk drie dissertaties in één zijn: *Seculaire groeiverschuiving; lengte en gewicht surveys 1964-1966 in Nederland in historisch perspectief*. Behalve de Tweede Landelijke Groeistudie omvatte zijn dissertatie een analyse van de historische ontwikkeling van de lichaamslengte in Nederland en een onderzoek naar de relatie tussen lichaamslengte en sociaal-economische omstandigheden. Een belangrijke ontdekking van Van Wieringen was dat de groeicurve (lengteontwikkeling) in de voorafgaande honderdvijftig jaar was verschoven en de lengtegroei dus afhankelijk was van omstandigheden als voeding, hygiëne en zorg. Zijn dissertatie leidde tot een volgende wending in zijn loopbaan. In april 1973

werd Van Wieringen lector sociale pediatrie aan de Universiteit van Utrecht. Later veranderde deze functie in een hoogleraarschap. Vanaf deze tijd was hij tevens verbonden aan het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Generaties Utrechtse jeugdartsen in opleiding hebben kennis genomen van zijn gezegde “variatie is de norm”. Ook zijn uitspraak “Je moet ieder kind zien om te zeggen of dit kind een risicokind is” heeft binnen de jeugdgezondheidszorg lang doorgeklonken. Met Machteld Roede gaf hij gestalte aan de Derde Landelijke Groeistudie die in 1985 verscheen.

Zijn proefschrift en nieuwe functie gaven een impuls aan zijn internationale wetenschappelijke carrière. Vanaf 1977 presenteerde hij frequent de resultaten van zijn onderzoek op de *International Congresses of Auxological Research*. Dit onderzoek resulteerde in een groot aantal publicaties en droeg bij aan zijn internationale bekendheid. Zijn bekendste publicatie is ongetwijfeld “Secular growth changes”, die is gepubliceerd in een bundel onder redactie van J. M. Tanner. Vanaf de jaren tachtig zorgden deze publicatie en zijn proefschrift ook voor bekendheid onder economisch historici. Zij ontdekten in deze periode de lichaamslengte als indicator voor de levensstandaard en hebben vaak uit zijn werk geput.

In een interview naar aanleiding van het verschijnen van de Vierde Landelijke Groeistudie liet Van Wieringen zich ontvallen: “We gaan niet door het plafond heen.” Jammer genoeg heeft hij de presentatie van de Vijfde Landelijke Groeistudie niet meer mogen meemaken en dus ook niet meer kunnen constateren dat zijn voorspelling over de lengtegroei is uitgekomen.

¹⁾ De citaten in dit artikel komen uit een interview van Vincent Tassenaar en Jan Jacobs met Hans van Wieringen op vrijdag 3 november 2006 te Groningen. Met dank aan Lies Baars-Drent voor het verzorgen van de transcriptie.

Een kinderwens en een verstand

De meeste mensen krijgen kinderen zonder dat iemand een vraagteken zet bij hun geschiktheid als ouder. Alleen bij mensen met een verstandelijke beperking stelt de politiek de vraag of het wel gewenst is dat zij kinderen krijgen. MEE Nederland heeft vanuit haar ervaring een visie op deze vraag geformuleerd en deze vertaald in een richtlijn. In een gesprek met Trudy de Jong lichten Daniëlle Gorgels en Gaby Coolen van MEE Nederland de inhoud en toepassing van de richtlijn toe.

■ TRUDY DE JONG

Een van de taken van de jeugdgezondheidszorg is het bewaken van het welzijn van kinderen. Wij hebben pas te maken met ouders als en omdat er kinderen zijn. Ook zorg die prenataal wordt gegeven is nog steeds niet preconceptioneel. Pas bij de aanwezigheid van kinderen gaat de vraag spelen of ouders wel geschikt zijn voor het ouderschap. Voor die tijd is deze nog amper aan de orde. Wie via IVF zwanger wil worden heeft wel te maken met een leeftijds grens, maar niemand onderzoekt vooraf of de ouder(s) wel geschikt is (zijn) voor het ouderschap. Volgens de richtlijn van 2009 gaat de NVOG over tot behandeling tenzij er grote twijfels zijn (Richtlijn NVOG, 2009). Een uitgebreid onderzoek, zoals dat bij adoptie wel plaatsvindt, is niet aan de orde. De wens alleen is voldoende om, klinisch gezien, medewerking te verlenen. Vooraf is er geen selectie criterium om na te gaan of een bevruchting wel wenselijk is. Een uitzondering op deze benadering vormt in Nederland de groep mensen met een verstandelijke beperking. Bij deze groep stelt de politiek vragen of het wel gewenst is dat zij kinderen krijgen.

Volwaardige burgers

Met de kinderwens van mensen met een verstandelijke beperking hangt een ethisch dilemma samen. "Vooral in Nederland blijft de discussie erg hangen rond de vraag of het mag of niet. In het buitenland is dit minder belangrijk en wordt er meer onderzoek gedaan naar geschikte ondersteuningsmogelijkhe-

den voor deze ouders", aldus Daniëlle Gorgels en Gaby Coolen. "Wij vinden het jammer dat in Nederland de vraag 'wel of niet' zo op de voorgrond staat. Ook mensen met een beperking zijn volwaardige burgers. Van hen wordt verwacht dat zij participeren in de samenleving en een steentje bijdragen. Waarom dat niet zou gelden als het gaat om ouderschap is dan de vraag. Uit onderzoek blijkt bovendien dat de verstandelijke beperking alleen niet bepalend is voor de vraag of ouders succesvol hun kind kunnen opvoeden. Het gaat om een samenspel van factoren. Een belangrijke factor is de sociaal-economische situatie, maar ook de leerbaarheid, het vermogen om hulp te vragen en het sociaal netwerk spelen een rol. Omdat de beperking geen

voorspellende waarde heeft, kun je dat gegeven niet als uitgangspunt nemen bij een beoordeling."

Mensen met een verstandelijke beperking voelen zich gediscrimineerd omdat bij hen steeds de vraag wordt gesteld of zij wel kinderen mogen krijgen, terwijl het bij veel ouders ook niet altijd goed gaat, zeggen Gorgels en Coolen. Dat kunnen ouders zijn met andere problemen, zoals verslaving of psychische problematiek, maar ook gewone ouders waarmee op het eerste gezicht niets aan de hand lijkt te zijn.

Bewustwording

Bij de visie die MEE heeft ontwikkeld staat bewustwording voorop: bewustwording in de fase dat jongeren met een beperking opgroeien en nadenken over hun toekomst, in de fase waarin zij een kinderwens hebben, als ze zwanger zijn en nadat het kind geboren is. Hierdoor krijgen de jongeren inzicht in wat het ouderschap inhoudt en wat het betekent een kind te hebben, zodat zij bewust kunnen kiezen voor het ouderschap of om er vanaf te zien.

Zijn mensen zwanger of hebben zij al een kind, dan is het belangrijk dat zij de



lelijke beperking

juiste ondersteuning krijgen, zodat zij hun kind veilig kunnen opvoeden. Is de veiligheid niet gewaarborgd, dan is het belangrijk dat professionele organisaties hun verantwoordelijkheid nemen, maar zij moeten daar dan wel gegronde redenen voor hebben.

Met de ontwikkelde richtlijn geeft MEE deze visie voor consulenten handen en voeten. Hierin staat wat consulenten in ieder geval wel en niet moeten doen. Er blijft ruimte voor maatwerk. Iedere situatie is weer anders en vraagt om een eigen benadering.

Hulpmiddelen voor de consulent

Naast de richtlijn zijn er verschillende materialen en methodieken om het gesprek met cliënten aan te gaan. Zo is er een kinderwenskoffer met hulpmiddelen om het gesprek op gang te brengen. Deze bevat onder meer een spel met vragen over de toekomst, bijvoorbeeld over geld, werk, et cetera. Om de cliënt te laten ervaren hoe het is om een baby te hebben is er een oefenpop. Daarnaast bestaat er een e-learning-cursus voor consulenten en andere professionals om vaardigheden te ontwikkelen om de ondersteuning vorm te geven. Ondanks de begeleiding blijft de kans bestaan dat het niet goed gaat tussen ouder en kind. Dan kan het nodig zijn een AMK-melding te doen. Ook als blijkt dat ouders hun kind niet zelf kunnen opvoeden blijven zij wel de ouders. Zij verdienen dan ondersteuning bij de verwerking van het gegeven dat het kind uit huis is geplaatst en bij het invullen van hun rol van ouders op afstand. Gebeurt dit niet, dan is de kans groot dat zij door een nieuwe zwangerschap invulling willen geven aan het ouderschap.

Samenwerking met de JGZ

Het gesprek met Daniëlle Gorgels en Gaby Coolen ging ook over de samenwerking met de JGZ. "Elkaar versterken is het doel van de samenwerking",

aldus Gorgels en Coolen. "MEE hoopt met de richtlijn haar visie en rol helder weer te geven. Wij kunnen de JGZ ondersteunen in de omgang met ouders en jongeren met een verstandelijke beperking."

Een wens van MEE is om in de toekomst meer aandacht te besteden aan het bewustwordingsproces op scholen in het speciaal onderwijs. Dat zou verder moeten gaan dan seksuele voorlichting. Vragen als 'Hoe zie je je toekomst?' en 'Wil je een gezin en hoe ziet dat er dan uit?' zouden daarin aan de orde moeten komen. Gorgels en Coolen: "Het onderwerp is dan nog niet beladen en hopelijk goed bespreekbaar.

Ouders onderschatten hun kind in dit opzicht vaak en denken dat hij of zij nog niet met dit soort vragen bezig is. Ziet de JGZ hier voor zichzelf een rol weggelegd?"

Geïnteresseerden kunnen de visie en de richtlijn opvragen bij MEE Nederland, Gaby Coolen (g.coolen@meenederland.nl) of kijken op www.mee.nl en www.kijkopkinderwens.nl.

Literatuur: *Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen*.

NVOG, 2009.

Casus overgewicht: vragen, vragen...

■ MICHÈLE HAAGMANS

Volgens de werkwijze van de triagemethodiek heeft een doktersassistente Bart van elf jaar onderzocht. Zijn ouders hadden van tevoren vragenlijsten ingevuld en toestemming gegeven Bart te onderzoeken zonder hun aanwezigheid. Zij gaven in de ingevulde lijsten geen bijzonderheden of vragen aan.

De doktersassistente heeft een kort gesprek met Bart gevoerd en hem gemeten en gewogen.

Een paar dagen later nam de moeder van Bart contact met mij op. Bart was tamelijk overstuur thuisgekomen en had verteld dat de doktersassistente tegen hem had gezegd dat hij op de grens van overgewicht zat. De assistente zou ook gezegd hebben dat ze overwoog de ouders uit te nodigen voor een extra contactmoment. De moeder vond dat wij zoiets niet zomaar tegen een kind konden zeggen. Zij noemde

het zelfs 'traumatisch'. Zij vond dat zulke informatie alleen met een ouder besproken mocht worden.

Volgens ons protocol is het niet wenselijk dat doktersassistenten tegenover het kind uitspraken doen over het gewicht. In een situatie dat het kind er zelf naar vraagt is dat soms een lastige afweging, maar termen als 'overgewicht' of 'te dik' gebruiken we dan niet. Wij beseffen dat die woorden gevoelig liggen, zeker bij deze leeftijdsgroep.

Aan de andere kant zullen de meeste kinderen die te zwaar zijn op deze leeftijd ook wel zelf beseffen dat ze overgewicht hebben; wat zeg je dan als ze ernaar vragen? Mag je tegen een kind van deze leeftijd dan wel vertellen dat zijn ogen niet goed zijn? En is het anders als een arts of verpleegkundige dit vertelt dan een doktersassistente? En is het anders als ouders erbij zijn?

Interview met Mascha Kamphuis, JGZ-medewerker en onderzoeker

“Met onderzoek doen verbreed je

■ JOSIEN VAN WIJK

Kun je jezelf introduceren?

Mijn naam is Mascha Kamphuis. Ik word dit jaar alweer veertig. Op de valreep hebben mijn vriend Boudewijn en ik vorig jaar een mooi zoontje gekregen, Jor.

Hoe ben je in de JGZ en het JGZ-onderzoek terechtgekomen?

Na de geneeskundestudie lag mijn hart bij werken met kinderen. Omdat ik niet anders wist, wilde ik in de kindergeneeskunde aan de slag gaan. Ik begon tijdelijk als een soort huisarts bij de Jutters (jeugd-GGZ in Monster), vervolgens werd ik AGNIO in Gouda, het Groene Hart Ziekenhuis. Hoewel het werk me beviel, miste ik verdieping. De brief die ik kreeg met de vraag of ik wilde solliciteren voor wetenschappelijk onderzoek, kwam dan ook als geroepen. Van 1998 tot 2002 heb ik promotieonderzoek gedaan naar de kwaliteit van leven bij jongvolwassenen met een aangeboren hartafwijking. Voor dit onderzoek werkte ik met verschillende afdelingen samen: TNO afdeling Jeugd, en zowel met de afdeling kindergeneeskunde/kindercardiologie als cardiologie van het LUMC. Het was een leerzaam traject, waarin ik veel zag van de kliniek, leerde over onderzoek doen (statistiek, epidemiologie), maar ook kennis maakte met de jeugdgezondheidszorg. Ik zag dat binnen TNO Kwaliteit van leven veel gebeurde op dat gebied en werd steeds nieuwsgieriger naar dat vak. Daarom besloot ik na de promotie niet in de kindergeneeskunde verder te gaan, maar de JGZ te verkennen. Dat bleek een schot in de roos. Ik kon snel aan de slag op verschillende consultatiebureaus in de regio Delft.

Maar toen ik na twee jaar gevraagd werd voor de werkgroep van de richtlijn hartafwijkingen en bleek dat er een on-



Mascha Kamphuis

‘De wetenschappelijke commissie wil de AJN leden ondersteunen bij diverse activiteiten waaronder: jeugdartsen enthousiast maken voor wetenschappelijk onderzoek, een helpende hand bieden in de vorm van coaching bij artsen JGZ die onderzoek doen, het informeren van de leden over wetenschappelijk onderzoek etc. Dit interview is in de JA! opgenomen als voorbeeld van een jeugdarts in onderzoek. Mocht je vragen hebben over het doen van onderzoek, dan kun je je wenden tot de wetenschappelijke commissie via: Wetcie@artsenijgz.nl.’

derzoeksplek vrijkwam bij TNO, hoefde ik niet lang na te denken. Inmiddels ben ik alweer vijf jaar wetenschappelijk medewerker bij TNO. Momenteel combineer ik dat met een dag werk op het CB.

De opleiding tot jeugdarts heb ik in stappen gedaan: eerst nog de oude applicatiecursus voor werken op het consultatiebureau (2003), daarna de opleiding (eerste opleidingsjaar in 2004, tweede jaar in 2008). Ik mag me nu dus jeugdarts KNMG noemen.

Naast het werk is sporten voor mij onmisbaar: ik loop nu en dan hard en sta

met regelmaat met de voeten in het zand om te volleyballen. Sinds de komst van de kleine is er niet veel tijd over voor mijn andere hobby: sportklimmen. Dit probeer ik dan af en toe op vakanties nog te doen.

Wat voor onderzoek heb je tot nu toe gedaan en wat waren de resultaten?

Het grootste deel van de drie dagen dat ik bij TNO werk heb ik ‘richtlijnen’ onder mijn hoede. De ontwikkeling daarvan vergt veel literatuuronderzoek, planning en samenwerking. Ik heb onder andere meegewerkt aan de richt-

e je blikveld”

lijnen Hartafwijkingen en Kleine lengte. Een mooi onderzoek waaraan ik heb gewerkt ging over bedplassen. Het opnemen zonder wachtwoord bleek effectiever bij jonge bedplassers dan andere methoden en niets doen. Hier is een mooie publicatie over verschenen (van Dommelen 2009, zie ook de JA! van maart 2010).

Aan welk onderzoek werk je nu?

Op dit moment werk ik aan de ontwikkeling van richtlijnen over de volgende onderwerpen: zindelijkheid, huidaanandoeningen en opvoedingsondersteuning. Daarnaast werk ik aan een besliskundige analyse, waarbij we het verwijfsprobleem bij de niet-scrotale testis in kaart brengen en analyseren. Ook ben ik betrokken geweest bij de opzet en uitvoering van het onderzoek naar de effectiviteit van verkorte videohometraining bij ouders die zich zorgen maken om het huilen van hun baby.

Wat is leuk aan onderzoek doen?

Met onderzoek doen verbreed je je blikveld, wat ik erg prettig vind. Je wordt je bewuster van je handelingen tijdens je werk in de praktijk. Daarnaast is het leuk om te werken aan de verhoging van de kwaliteit van de JGZ in algemene zin.

Heb je nog tips voor (aanstaande) onderzoekers?

Als je onderzoek doet, zorg dan dat je goed op de hoogte bent van controverses in het veld. Zoek vervolgens de verschillende partijen op en probeer zoveel mogelijk samen te werken.

Wat voor onderzoek ontbreekt er op dit moment naar jouw mening nog?

Ik ben erg blij met de nieuwe ZonMw-ronde die gaat over Vernieuwing van de uitvoeringspraktijk jeugdgezondheidszorg. Het gaat hierbij direct om het verhogen van de kwaliteit van de JGZ-praktijk.

Josien van Wijk is lid van de wetenschappelijke commissie van de AJN



Bent u arts in de jeugdgezondheidszorg?

Actualiseer nu uw inhoudelijke kennis én scherp uw handelen in de praktijk aan!

Profielopleiding jeugdgezondheidszorg

Dit is de opleiding voor artsen die zich willen specialiseren in de zorg voor de gezondheid van de jeugd in brede zin. Eigentijds, gericht op samenwerking en een eigen rol in de keten.

Praktijkgericht modulair onderwijs

- Start leergangen: 19 januari en 8 april 2011 in Utrecht, 1 september in 2011 Zwolle
- Programma op maat voor parttimers
- Praktijkscholing parallel aan cursorisch onderwijs
- Competentiegericht programma
- Gebaseerd op door de beroepsvereniging vastgestelde kritische beroepsactiviteiten
- Ook modulair te volgen als geaccrediteerde bij- en nascholing.

(Deel)registratie

Jeugdgezondheidszorg is de profielopleiding in de 1e fase van de beroepsopleiding Arts Maatschappij & Gezondheid die leidt tot registratie 'jeugdarts KNMG' door de Sociaal Geneeskundige Registratiecommissie (SGRC). Na afronding van de 1e fase kunt u verder met de 2e fase, gericht op beleid, wetenschappelijk onderzoek en management, om deze af te sluiten met de specialistenregistratie Arts M&G.

Interesse?

U kunt zich nu inschrijven. Zie www.nspoh.nl/mg voor toelatingseisen en informatie. Of vraag de brochure aan. U kunt ook contact opnemen met de NSPOH, telefoon 020 - 409 70 00 of e-mail info@nspoh.nl.



De NSPOH is het opleidingsinstituut op het snijvlak van maatschappij, arbeid en gezondheid. Onze onderwijsprogramma's slaan een brug tussen beleid, onderzoek en praktijk. De NSPOH werkt samen met AMC - UvA in de Academische Opleidingswerkplaats. AMC/NSPOH. Andere samenwerkingspartners zijn o.a. Erasmus MC, VU MC, UMCG, TNO en RIVM.

Interventies voor kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS)

Wat is er en wat werkt?

Er bestaan veel interventies voor kinderen met een autistische stoornis, een verstandelijke beperking of beide. Wetenschappelijk onderzoek ernaar is echter nauwelijks voorhanden en geeft geen uitsluitsel over de effectiviteit. In opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) onderzocht welke interventies in Nederland worden ingezet bij kinderen met een autismespectrumstoornis en/of een verstandelijke beperking. Het onderzoek was bedoeld als inventarisatie en als overzicht van wat er bekend is over de effectiviteit van die interventies. Dit artikel biedt een overzicht van de resultaten.

■ ROELOF SCHELLINGERHOUT

Onderzoekopzet

Het onderzoek liep van december 2008 tot en met november 2009 en besloeg twee fasen.

De eerste fase betrof een inventarisatie van de interventies die in Nederland worden gebruikt voor kinderen met een autismespectrumstoornis en/of een verstandelijke beperking. In de tweede fase is de inventarisatie in een schriftelijke vragenronde voorgelegd aan een groep van zeven experts van verschillende beroepsverenigingen: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeriatrie (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Orthopedagogen (NVO) en de Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).

In het onderzoek is gekeken naar twee indicatoren van effectiviteit. De eerste indicator is de mate van bewijskracht die blijkt uit wetenschappelijk onderzoek. De tweede indicator voor effectiviteit is het oordeel van de experts over de mate van geschiktheid, op een 9-puntsschaal.

Categorieën van interventies

Het onderzoek leverde een overzicht van 59 interventies op. Ze zijn te groeperen in een aantal categorieën:

Gericht op ouders en/of gezin. De inhoud van oudertherapieën kan variëren van infor-

matie geven over de beperking en over het kind zelf tot het actief oefenen en evalueren van opvoedingsvaardigheden. Bij oudertherapieën ligt de focus van de therapeut bij de ouder. Deze moet inzicht krijgen in de beperking van het kind, vaardigheden verwerven en deze toepassen bij het kind. Een voorbeeld van zo'n interventie is Floortime dat ook langzaam ingevoerd wordt in Nederland.

Gedragsinterventies. De gedragsbenaderingen zijn vaak gebaseerd op theorieën uit de gedragstherapie. Technieken die men hierbij kan gebruiken zijn conditionering (straf en beloning), modellering, exposure en het uitdagen van gedachten. Het doel ervan is gedragsmodificatie; men wil bepaald gedrag aanpakken en veranderen, of vaardigheden stimuleren. Een voorbeeld van een gedragsinterventie is Discrete Trial Training (DTT). Bij DDT wordt een aan te leren vaardigheid in stukjes geknipt, die afzonderlijk aangeleerd worden. Deze stukjes vormen uiteindelijk de gehele vaardigheid.

(Alternatieve) communicatie. Deze methodes richten zich specifiek op het verbeteren van de communicatie. Ze worden in het Engels ook wel augmentative and alternative communication (AAC) genoemd. Een voorbeeld is PECS (Picture Exchange Communication System). PECS is een opbouwend communica-

tiesysteem met afbeeldingen of pictogrammen.

Fysiologische interventies. Hierbij gaat het om interventies die zich richten op het veranderen van de mechanische, fysieke en biochemische functies van het lichaam. Een voorbeeld is Auditieve Integratie Training (AIT). AIT is een kortdurende training voor auditieve problemen die een gevolg zijn van afwijkingen in de verwerking van het geluid door de hersenen. Men laat de kinderen luisteren naar elektronisch gefilterde muziek, waardoor het middenoor 'gemasseerd' wordt, overgevoeligheid vermindert en de algemene auditieve verwerking verbetert.

Interventies op basis van technologie. Deze interventies zijn voor een groot deel gebaseerd op het gebruik van technologie. Een voorbeeld is virtual reality technology (VRT). Met VRT creëert men door middel van een softwareprogramma een virtuele wereld. Die wereld biedt een veilige omgeving om bepaalde gedragingen te oefenen, bijvoorbeeld via een rollenspel met gebruik van de computer.

Standaardinterventies. Hiermee worden interventies bedoeld die men binnen de Nederlandse gezondheidszorg breed toepast. Ze zijn meestal niet typisch voor kinderen met ASS en/of een verstandelijke beperking, maar hebben een veel bredere doelgroep. Een voorbeeld is creatieve therapie, waarbij men door middel van kunstzinnige uitingen het gevoelsleven van kinderen wil ontwikkelen.

Interventies gericht op relaties. Deze interventies richten zich op bevordering van de hechting en binding. Een voorbeeld is de holding therapie. Hierbij houdt de ouder het kind in een stevige omhelzing tegen zich aan. De ouder spreekt hierbij alle gevoelens jegens het kind uit.

of verstandelijke beperking onderzocht

Overige interventies. Dit zijn interventies die niet onder één van de andere categorieën onder te brengen zijn. Hieronder vallen bijvoorbeeld de diertherapieën. Hierbij gaat men ervan uit dat kinderen via contact met dieren ervaringen opdoen die positief kunnen werken in contact met mensen.

Van elke interventie is een korte omschrijving beschikbaar van de inhoud, de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, de mate van bewijskracht volgens de EBM-richtlijnen, de stap op de effectladder en het oordeel van de experts.

Bewijs uit wetenschappelijk onderzoek

Zoals verwacht is het bewijs uit wetenschappelijk onderzoek voor de meeste interventies zeer laag. Veel interventies, met name die in de categorie 'overige', zijn nauwelijks onderzocht. Het beste onderzocht zijn de gedragsinterventies en de interventies gericht op ouders en/of gezin.

Expertoordeel

Experts beoordeelden interventies alleen wanneer ze zichzelf daartoe in staat achtten. Dat wil zeggen, als een expert in de praktijk met een interventie te maken had gehad of er vanuit een andere bron, zoals wetenschappelijke literatuur, kennis over had.

Over sommige interventies zijn de experts het eens: hun oordelen liggen dan dicht bij elkaar. Een voorbeeld hiervan is video-interactiebegeleiding. Zes experts hebben deze interventie beoordeeld en hun oordelen waren gelijklopend positief.

Over andere interventies is er minder consensus. Ook de cognitieve gedragstherapie is beoordeeld door zes experts, maar deze oordelen liggen verder uit elkaar.



Voor dolfijntherapie is geen wetenschappelijk bewijs dat het helpt, maar het kind geniet en de ouders zijn er vaak heel tevreden over.

ASS en verstandelijke beperking

Niet alle interventies zijn zowel geschikt voor kinderen met ASS als voor kinderen met een verstandelijke beperking. Experts gaven dan ook vaak een ander cijfer voor de mate van geschiktheid voor kinderen met ASS en kinderen met een verstandelijke beperking. Zo veronderstelt cognitieve gedragstherapie een bepaald niveau van cognitief functioneren dat niet bij ieder kind met een verstandelijke beperking aanwezig is.

Interventies gericht op ouders en/of gezin

Over het algemeen kregen de interventies gericht op ouders en/of gezin de beste oordelen. Dat wil zeggen dat voor de-

ze interventies enig bewijs uit wetenschappelijk onderzoek bestaat. Daarnaast is het oordeel van de experts over het algemeen positief.

Vroege interventie en EIBI

Uit de literatuur en de opmerkingen van experts blijkt het belang van vroege interventie. Het is belangrijk dat kinderen met ASS of een verstandelijke beperking zo vroeg mogelijk gestimuleerd worden in hun ontwikkeling. In dit kader verdient de early intensive behavioral intervention (EIBI) het genoemd te worden. Deze interventie is niet in het overzicht van interventies opgenomen, maar is wel veelbelovend en kent enig wetenschappelijk bewijs.

Dolfijntherapie

Kranten en tijdschriften besteden veel aandacht aan de dolfijntherapie. Uit het onderzoek blijkt dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat dolfijntherapie tot verbetering in symptomen van psychologische stoornissen leidt.

Niet alleen maar effectiviteit

Hoewel wetenschappelijk bewijs voor bepaalde interventies soms moeilijk te vinden is, wil dat niet zeggen dat een interventie daarmee geen functie vervult of geen nut heeft voor een kind en de ouders. Ouders kunnen heel tevreden zijn over een interventie, terwijl er geen aantoonbare effectiviteit is. Daarnaast kan duidelijk zijn dat het kind geniet of blij wordt van een bepaalde activiteit of setting. Dergelijke opmerkingen maakten experts bijvoorbeeld bij de dolfijntherapie.

Dr. Roelof Schellingerhout is senior onderzoeker binnen de sector Zorg, Arbeid en Samenleving (ZAS) van het onderzoeksinstituut ITS van de Radboud Universiteit Nijmegen.

De (on)macht van de JGZ'er en de vrijheid van ouders om hun leefstijl te kiezen

Over verantwoordelijkheid en autonomie

In de jeugdgezondheidszorg draait alles om voorlichting geven. De JGZ'er doet haar best ouders en kinderen zo goed mogelijk te informeren over een gezonde leefstijl in het kader van de volksgezondheid. Natuurlijk in de hoop dat ouders en kinderen de informatie en adviezen ter harte zullen nemen en zich aan gezonde leefregels houden. Maar uit de laatste cijfers van de Vijfde Landelijke Groeistudie van TNO blijkt dat de Nederlander niet meer in de lengte groeit, maar wel gestaag in de breedte.¹⁾ Al één op de zes basisschoolleerlingen heeft overgewicht, waarvan nog eens vijftien procent obees is. Hoe ver mag je gaan om deze obesitas-epidemie te stoppen? Die vraag kan een JGZ'er in de dagelijkse praktijk voor ethische dilemma's stellen, zoals de casus in dit artikel laat zien.

■ CARLA KESSLER EN MARIËTTE VAN DEN HOVEN

Marijke

Marijke zit in de tweede klas van het ABC-college. Zij is 13 jaar, 1 meter 58 lang en weegt 69 kilo. Op het ABC-college geeft men bij het vak verzorging het lespakket *Vet Gezond*²⁾ over gezonde voeding. De frisdrankautomaten zijn uit de school verwijderd en in de kantine zijn alleen nog fruit, bruine broodjes, thee, melk en soep te krijgen. Marijke komt voor het periodieke gesprek bij de jeugdarts, naar aanleiding van de vragenlijst die elke leerling invult. Uit de antwoorden blijkt dat het meisje niet sport en 's ochtends vaak niet ontbijt. Op het antwoordformulier dat de ouders krijgen om toestemming te geven voor het onderzoek heeft moeder onder het kopje 'Vragen' geschreven: "Niet over gewicht spreken, want mijn dochter heeft nergens last van." Als Marijke zuchtend binnenkomt, met in haar hand de leskaarten 'Zo blijf je slank' en 'Zo word je aantrekkelijk' zit de schoolarts met een probleem. De leerling komt regelrecht uit de les verzorging. "U zult ook wel weer wat te zeggen hebben over dat ik te dik ben, hè dokter?" zegt ze, "Je wordt er hier op school helemaal niet goed meer van!"

De arts

Het zal duidelijk zijn dat de jeugdarts in kwestie in een lastig parket zit. Aan de ene kant is het haar professionele taak

om op de gezondheid van 'haar' kinderen te letten, door onder andere hun gewicht en lengte bij te houden en te bespreken. Aan de andere kant dient zij respect te hebben voor de wens van de ouders en het kind. In het geval van Marijke ligt de noodzaak haar gewicht te bespreken er duimendik bovenop, maar wordt de jeugdarts geconfronteerd met het uitdrukkelijke verzoek van moeder om dit niet te doen. Bovendien wijzen de uitspraken en de houding van Marijke ook niet bepaald op een wens meer te horen over haar te gewicht. Zou de moeder niet het beste weten wat goed is voor haar kind? Misschien is Marijke al bij een diëtist onder behandeling of is haar gewicht al overal gespreksonderwerp; dan is het niet fijn als ook de schoolarts er weer over begint. Haar moeder wil haar misschien beschermen tegen nog meer bemoeienis. Het feit dat op school al van alles gedaan wordt om goede voorlichting over gezond eten en bewegen te geven, waaraan de schoolarts waarschijnlijk op verschillende manieren haar medewerking verleent, maakt de informatie dubbelop. Toch voelt de arts het als haar plicht het gewicht van dit meisje met haar persoonlijk te bespreken omdat haar gezondheid in het geding is. Het probleem is dat we niet zeker weten wat het meest in het belang van Marijke is: gezond zijn, gelukkig

zijn, of ongemoeid blijven? En wie kan dat het beste inschatten: de moeder, de arts of Marijke zelf (die nog minderjarig is)?

Verantwoordelijkheid van de school

Het ABC-college heeft al vergaande maatregelen genomen om een gezonde school te zijn. Veel schoolkantines in Nederland verkopen wel kroketten, pizzapunten en allerlei andere vette snacks. Frisdrankautomaten ontbreken daar meestal ook niet. De argumentatie om de verkoop van deze ongezonde producten binnen de school te houden is meestal dat de leerlingen anders naar winkels in de buurt gaan en daar voor overlast zorgen. Op het ABC-college is niet alleen het aanbod gezond geworden, maar gaan ook de hekken dicht om te voorkomen dat leerlingen elders gaan shoppen. Een belangrijke ethische vraag is of het wel de taak van de school is om leerlingen zo dwingend een gezonde leefstijl aan te bieden. Liggt die taak niet veel meer bij de ouders?

Een interessante vraag is ook of de JGZ-arts in haar beslissing mee moet laten wegen dat Marijke op een school zit waar preventief al veel aangeboden wordt. Stel dat zij op een klassieke 'snackschool' zonder lespakketten zou zitten, zou dat dan het negeren van de wens van moeder om niet met Marijke over haar gewicht te spreken voor de JGZ-arts eerder rechtvaardigen? En zo ja, waarom?

Ouderlijke vrijheid en verantwoordelijkheid

In een liberale samenleving hebben ouders grote vrijheid om hun kinderen op te voeden zoals zij dat zelf willen. Voor veel hulpverleners is het lastig te bepalen wanneer je wel of niet actief informatie aanbiedt, adviezen geeft, voordoet of zelfs overneemt. Maar ouderlijke vrijheid betekent niet automatisch 'handen af' van de opvoeding. Het betekent ook niet dat je pas mag handelen als het met de

ijl te bepalen tonomie

gezondheid uit de hand is gelopen. Dit is te simpel: een laissez faire-houding duidt op de veronderstelling dat ouders altijd bewust, autonoom en met het oog op het welzijn van hun kind handelen. Zo bewust voeden veel ouders helemaal niet op. Een groot aantal van hen ontbeert bovendien informatie die relevant is voor hun keuzen. Doorgaans vinden we in onze samenleving ook dat ouders hun ideeën en patronen mogen opleggen aan hun kinderen zolang deze het



Dit meisje is niet Marijke

kind niet schaden. De ouders brengen veelal hun geloof, levenshouding en (voor)liefdes voor cultuur, muziek, sport of pretpark op hun kinderen over. Maar dit betekent niet dat zij niet openstaan voor informatie, ideeën of advies. Integendeel, veel ouders menen dat ze die informatie prima kunnen gebruiken zolang ze zelf de regie houden over de keuzen voor hun kind.³⁾

Hoe moeten we de opmerking van de moeder van Marijke nu begrijpen? Is het een verbod voor de JGZ'er en dienen we de privacy en de vrijheid van de moeder jegens haar kind te respecteren? Maar stel dat Marijke gepest wordt en er thuis weinig over zegt? Kan moeder het belang van haar dochter dan wel goed inschatten? Maar misschien wil moeder haar dochter juist beschermen tegen de overkill aan gezondheidsadviezen en -maatregelen, die in toenemende mate ook van de overheid komen (van afslankkampen voor kinderen tot leefstijlprogramma's in het basispakket). Haar zwaarlijvige dochter kan lijden onder alle slankheidsidealen en door verschillende mislukte lijnpogingen gefrustreerd zijn geraakt. Sterker nog, ze kan zich slachtoffer voelen, nu overgewicht in de samenleving steeds meer als een 'eigen schuld, dikke bult'-kwestie wordt opgevat. Het zou ook kunnen dat Marijke juist wél tevreden is met haar lijf, en dat moeder daarom geen bemoeienis wil: haar dochter heeft – immers – nergens last van! Of moeder ontkent, samen met Marijke, wat er aan de hand is en wil niet dat iemand iets over hun levensstijl zegt. Misschien is moeder zelf ook zwaarlijvig. De kwestie voor de schoolarts is dan ook te achterhalen welk scenario in dit geval het meest waarschijnlijk is. Als blijkt dat Marijke goed in haar vel zit, vriendinnen heeft en op school goed meekomt, hoeft het gewicht wellicht niet zo nadrukkelijk besproken te worden. Zelfs als het haar gezondheid zou schaden, kan het algehele welzijn en geluk van dit meisje meer

gediend zijn bij het niet ter sprake brengen van haar overgewicht. Toch lijkt dit laatste scenario niet zeer waarschijnlijk; het forse overgewicht van Marijke zal in het dagelijks leven belemmerend werken en haar tot last zijn, niet alleen nu, maar ook in de toekomst. De kans is groot dat dit tijdens het gesprek met de JGZ-arts uit het algemene welbevinden van Marijke blijkt. Misschien wordt ze wel gepest, is ze geïsoleerd geraakt of kan ze niet meekomen met de groep. Wellicht heeft ze zelfs al lichamelijke klachten. Dan is hulp en advies bieden niet alleen gewenst, maar zelfs noodzakelijk, ook al gaat dat tegen de uitdrukkelijke wens van de moeder in. Een arts heeft immers de (zorg)plicht alles te doen wat in haar macht ligt om lijden te verminderen.

De JGZ'er dient het belang van het kind, net als de ouders. Indien we vinden dat ouderlijke vrijheid gefundeerd is in het belang van het kind, zal de wens van ouders alleen mogen gelden zolang dit belang ook werkelijk gediend lijkt. Aan de JGZ'er de taak om bij elke beslissing over wel of niet interveniëren deze afweging te maken. Wat in het belang van een kind is, gaat echter verder dan gezondheid alleen.

Noten

- ¹⁾ Factsheet Resultaten Vijfde Landelijke Groei-studie TNO, juni 2010.
- ²⁾ Het lespakket *Vet gezond* is een uitgave van het Voorlichtingsbureau Margarine, Vetten en Oliën.
- ³⁾ Carla Kessler en Mariëtte van den Hoven, Preventie van overgewicht bij jonge kinderen: respectvolle omgang met andere waardepatronen, JA! 18, 2010.

Dr. Mariëtte van der Hoven en drs. Carla Kessler zijn beiden universitair docent bij het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht.

Paul Helders gaat met emeritaat

Een weldoener voor de JGZ blikt

■ MARIANNE NIJNUIS

De meesten van ons kennen Paul Helders wel. Hij heeft immers sinds zeer lange tijd al contact met de JGZ. Hij gaf al colleges in de tijd dat de schrijfster van dit artikel geboren werd. Velen van ons zullen het dan ook jammer vinden dat hij met – welverdiend – emeritaat gaat. Iets waar Paul Helders ook naar uitkijkt. Voor hem is het een logische volgende stap. De wereld van de tienminuten-consulten is niet meer aan hem besteed, zegt hij zelf.

Curriculum kinderfysiotherapie

Paul Helders wordt dit jaar 65 jaar en heeft dan 35 jaar in de kinderfysiotherapie gezeten. Hij is begonnen als algemeen fysiotherapeut en voordat hij de kant van pediatrie koos werkte hij als fysiotherapeut in de geriatrie. Beide vakken hebben overigens opvallend veel overeenkomsten, te denken valt aan authenticiteit, eerlijkheid (what you see is what you get) en de af- versus de ontwikkeling.

Op het moment dat Paul de wereld van de kinderfysiotherapie binnen ging was bijna alle kennis gebaseerd op de fysiotherapie voor volwassenen, maar dan 'platgeslagen'. Hij heeft toen een curriculum kinderfysiotherapie ontwikkeld op basis van de kindergeneeskunde, een opleiding van vier jaar. Hierin worden fysiologie, interne geneeskunde, heelkunde, endocrinologie en slechtnieuwsgesprekken behandeld.

Promotie

Toen kwam het moment dat hij graag iets wilde blijven betekenen in de academische wereld en helaas gaat dit niet zonder titel. Hij is hierop aan de faculteit geneeskunde gaan studeren in Brussel. Uiteraard was dit nog niet genoeg en is hij ook gestart met een onderzoek. Hij vroeg zich af waarom ba-

by's zo graag met hun hoofdje tegen de bedrand liggen of met hun handjes en voetjes tegen de couveusewanden. Hij onderzocht het profiel van intra-uterien gedrag en hoe zich dit verhiel tot het gedrag extra-uterien bij prematuur geboren kinderen. Het bleek dat wanneer de intra-uteriene situatie zoveel mogelijk werd nagebootst de kinderen het zichtbaar en meetbaar beter deden. Hierop promoveerde hij in 1988.

"Ouders denken er alles aan te kunnen en moeten doen om het perfecte kind te kweken"

In 1990 is hij universitair hoofddocent geworden en in 1992 hoogleraar in de Algemene Fysiotherapie Wetenschap aan de Universiteit van Utrecht, met als speciaal aandachtsgebied de kinderfysiotherapie. Daarna heeft hij nog en passant een opleiding gevolgd tot medisch fysioloog. In 2005 is hij officieel in het register ingeschreven.

Hij heeft in de loop van de jaren meer dan 300 publicaties (mede) geschreven!

Nieuwe religies

Paul is twee maal getrouwd en heeft uit zijn eerste huwelijk twee jongens van inmiddels 35 en 38 jaar, beiden werkend in de logistiek, waarvan één zijn eigen bedrijf heeft. Zijn partner, die gezondheidswetenschapper is, is nog niet aan zijn pensioen toe. Paul gaat ook niet stil zitten (ik vraag me überhaupt af of hij dat kan), zijn plannen voor de komende zes à acht maanden zijn het continueren van zijn adviseurschappen. Bovendien zit hij in een aantal redacties. Mocht hij zich toch gaan vervelen dan is zijn plan om filosofie te gaan studeren met de richting medische ethiek. Dit is een onderwerp waar zeer veel over

te zeggen valt. Zo is hem opgevallen dat in plaats van de traditionele religies er nu nieuwe religies gekweekt zijn, bijvoorbeeld die rond het perfecte kind. Ouders denken er alles aan te kunnen en te moeten doen om het perfecte kind te kweken. Hierbij gaat veel in de onderhandelings sfeer, wat volgens Paul niet ten goede komt aan de opvoeding.

Nieuwsgierig en begaan

Paul is ook opnieuw hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Hij is dat in het verleden al meer dan tien jaar geweest en vormde in die periode het blad om van verenigingsblad tot wetenschappelijk tijdschrift. Nu is hij weer bezig het blad om te vormen, het is bijvoorbeeld wat kleiner van formaat geworden waardoor het lekkerder in de hand ligt. Verder heeft het een andere bladspiegel gekregen. De missie is om het blad wetenschappelijk verantwoord te laten zijn, maar wel goed leesbaar. De overeenkomsten van de lezers van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie en de JA! zijn volgens hem de nieuwsgierigheid en het begaan zijn met het vak; beiden zijn echte doeners. Als tip voor de AJN noemt hij de mogelijkheid om een generiek online abonnement te nemen op Pediatric and Adolescent Medicine, zodat de JA! een vakblad kan blijven.

Oranjewoudconferenties

De rol van Paul Helders in de JGZ is ontstaan in de jaren 70, de contacten gaan terug tot Betteke Slezinger. Zij deed onderzoek naar en promoveerde op de wetenschappelijke hardheid van het Van Wiechenschema. Eind jaren zeventig trok Paul door het hele land om lezingen te geven voor consultatiebureau- en huisartsen over de vroege opsporing van ontwikkelingsstoornissen. Sindsdien heeft hij altijd contact gehou-

vooruit en terug



Paul denkt dat hij een heel lastige dokter zou zijn voor fysiotherapeuten.

den met de JGZ. Door professor John Roord is hij toen gevraagd om mee te werken aan de Oranjewoudconferentie, wat hij met bijzonder veel plezier heeft gedaan. Dit jaar is het de laatste keer dat hij deze dagen meehelpt organiseren.

Normaal?

In JA! 19, die mede door Paul tot stand is gekomen, is ook gesproken over wat bij een kind normaal is en wat niet. Op de vraag of hierop een antwoord te geven is, zegt Paul dat dit een 'Mission Impossible' is. Het is belangrijk om als arts op je onderbuikgevoel af te gaan. Van de tien kinderen die je instuurt komen vijf weer terug bij wie niets is gevonden. Wat overigens niet wil zeggen dat je een verkeerde beslissing hebt genomen. Het brein is immers bijzonder plastisch en iets wat je gezien hebt, kan vanzelf weer over zijn gegaan. Blijf

als dokter genieten van de biologie! Daarnaast is het nog belangrijker om te blijven communiceren met je patiënten en hun ouders! Jeugdartsen zijn immers frontliniewerkers, derhalve is communicatie ons belangrijkste middel.

"Blijf als dokter genieten van de biologie"

Spanningsveld

Ik vroeg professor Helders naar het spanningsveld tussen (kinder)fysiotherapeuten en medisch specialisten. Zo wil de plaatselijke kinderfysiotherapeut kinderen met een voorkeurshouding zo snel mogelijk na de geboorte zien. Kinderartsen geven juist aan dat de meeste voorkeurshoudingen vanzelf overgaan. In dit geval is Paul geneigd om aan de kant van de artsen te gaan staan. De fysiotherapeut ziet van oudsher de patiënt na een verwijzing en is getraind om wat te doen. Zo is het beeld ontstaan dat wanneer je maar vroeg genoeg iets doet, het probleem vaker verholpen kan worden. Een kritische zelfevaluatie is echter van groot belang en selectiecriteria moeten worden ontwikkeld. Vergelijk dit probleem bijvoorbeeld met het geven van antibiotica aan alle kinderen met koorts.

Paul denkt dat hij een heel lastige dokter zou zijn voor fysiotherapeuten!

Op vrijdag 12 november a.s. wordt in het UMCU een afscheidssymposium georganiseerd onder de titel *Kinderen in beweging*. Aan het eind van deze dag zal prof. Helders zijn afscheidscollege geven.

De AJN wil Paul Helders heel hartelijk danken voor alles wat hij heeft gedaan voor de JGZ!

Eén meldcode of voor elke melding een code?

Kindermishandeling is en blijft een lastig onderwerp, en hoe lastiger het onderwerp, des te belangrijker is eenduidigheid in de aanpak. Ik was dan ook blij met de nieuwe meldcode van de KNMG, een aantal jaren geleden. De vraag wanneer je moet melden stond duidelijk beschreven. Het grote pluspunt was de verandering van 'zwijgen, tenzij' naar 'spreken, tenzij'. Een klein verschil met grote gevolgen.

Opeens kon ik tegen die moeder wier kind blauwe plekken had die weleens niet van het vallen zouden kunnen komen, zeggen dat ik verplicht was een plausibele verklaring te vinden. Kon ik dat niet samen met haar dan moest ik de kwestie melden bij het AMK. De blauwe plekken op de onderbenen van het kind pasten bij de vingers van mijn hand. Ik maakte me zorgen over die plekken, was bang dat het kind te hard was vastgegrepen. Omdat ze op de benen waren, konden ze ook nog op seksuele handelingen wijzen. Omdat de duimafdruk ontbrak was er geen zekerheid. Ook moeder had geen flauw idee. Ze wilde ook niemand beschuldigen, en gelukkig hoefde dat ook niet. Het enige doel was een goede verklaring te vinden voor de blauwe plekken. Die kleine verandering in de meldcode van de KNMG betekende voor mij een wereld van verschil. Ik kon open melden en de verstandhouding met moeder bleef intact, al was ze wel boos. Ze bleef bij me komen en het contact is niet verbroken.

De KNMG-meldcode geeft ook duidelijkheid over de bewaartermijn van de gegevens en overlegsituaties. Er staat in met wie je nu wel en niet mag overleggen in die gevallen dat ouders geen toestemming willen of kunnen geven. Kortom, ik was blij.

Ook de verpleegkundigen in mijn organisatie gaven aan dat hun beroepsgroep bezig was een meldcode te ontwikkelen. Hij zou spoedig klaar zijn, maar ons wachten werd niet beloond. Waarom het zo lang moest duren begreep ik niet. Naar mijn idee kon

de kopieermachine snel werken. Teveel afwijken van de meldcode van de KNMG zou enkel onrust geven. Het kan toch ook niet zo zijn dat een arts heel anders dient te handelen dan een verpleegkundige?

Inmiddels is VWS gekomen met een meldcode. Althans, een richtlijn waarop iedere organisatie haar eigen protocol dient te baseren. Wat schetst mijn verbazing? De code is toch weer iets anders dan die van de KNMG. Het grootste verschil vind ik eigenlijk wel dat VWS onderscheid maakt tussen de verschillende vormen van kindermishandeling. Ook het 'spreken, tenzij' staat niet meer zo duidelijk genoemd. Het lijkt weer teruggebracht te zijn tot het 'zwijgen, tenzij'. Maar wacht eens. Betekent dit dat ik als arts nog meer aan waarheidsvinding moet gaan doen dan voorheen? Niet alleen moet ik nu gerichte zorgen hebben, maar moet ik ook nog eens detecteren wie, wat, waar en hoe? Immers, als een kind blauwe plekken heeft valt dat onder huiselijk geweld als vader het doet, onder seksueel geweld als de buurman het doet met een bijbedoeling, en onder verwaarlozing als het gebeurt omdat moeder te weinig aandacht heeft voor haar kind. Ik begrijp het niet meer. Voor mij maakt de nieuwe richtlijn van VWS het er niet duidelijker op. Ik maak me zorgen. Mijn verwachting te streven naar één meldcode voor iedereen lijkt te veranderen in een code voor iedere melding. De duidelijkheid die er was gekomen dankzij de KNMG lijkt door de politiek te worden ondergesneeuwd. Of heb ik het gewoon niet helemaal goed begrepen?

Anja

JGZ en alternatieve behandelingen

De gedragsregel van de KNMG

'Echinaforce-druppels zouden zo goed helpen bij verkoudheid.' 'Kent u een goede homeopathische dokter voor die oorontstekingen waaraan mijn huisarts niets doet?' 'Mijn kind huult zoveel, ik hoor dat osteopaat X succes boekt met zijn behandeling.' Vooral de JGZ 0-4 jaar krijgt veel met vragen van ouders over alternatieve behandelwijzen te maken. Uiteraard zijn de ouders verantwoordelijk voor hun kind en vrij in hun keuze van behandelingen. Maar wat is onze rol bij het beantwoorden van dergelijke vragen? De gedragsregel 'De arts en niet-reguliere behandelwijzen' van de KNMG geeft houvast. JA! interviewde hierover drs. Gert van Dijk, beleidsadviseur ethiek bij de KNMG en secretaris van de ethische commissie van het Erasmus MC.

■ NEN HEERDINK

De gedragsregel 'De arts en niet-reguliere behandelwijzen' van de KNMG is in 2008 opgesteld. Directe aanzet daarvoor was de 'affaire Sylvia Millicam'. Deze populaire actrice overleed aan borstkanker nadat zij was behandeld door een groot aantal alternatieve behandelaars, waaronder enkele artsen. Deze artsen kregen strenge straffen, omdat zij hun zorgplicht hadden verzuimd (zie *Medisch Contact* 20 mei 2010).

Voor de gedragsregel was het allereerst noodzakelijk de begrippen helder te krijgen. Het is ondoenlijk om in zijn algemeenheid iets over alternatieve geneeswijzen te zeggen: er zijn zo'n vijfhonderd verschillende alternatieve behandelwijzen, met heel verschillende en soms onderling tegenstrijdige boodschappen. Het is ook niet mogelijk te stellen dat 'alternatief' 'niet bewezen' is en 'regulier' wel. Reguliere geneeskunde is immers niet gelijk aan 'bewezen effectief'. Ook kunnen alternatieve (of volgens de KNMG 'niet-reguliere') behandelwijzen in de loop van de tijd effectief blijken te zijn en opgenomen worden in de professionele standaard. 'Complementair' betekent 'aanvullend', maar dat is geen goede term, omdat deze suggereert dat een behandelwijze daadwerkelijk aanvullend is. Bovendien kent ook de reguliere geneeskunde veel aanvullende ('complementaire') behandelingen naast het gewone

behandeltraject. De termen 'alternatief' of 'complementair' kunnen dus beter vermeden worden, evenals 'geneeswijzen', want die term suggereert dat een behandeling daadwerkelijk kan genezen. Vandaar dat de KNMG heeft gekozen voor de neutrale term 'niet-reguliere behan-



'Affaire Millicam' leidt tot gedragsregel (Monument Silvia Millicam Weijerpark te Boxmeer. Foto: www.tunnis.nl)

delwijzen'. Reguliere geneeskunde is vervolgens ook neutraal gedefinieerd als die geneeskunde die wordt uitgevoerd door regulier werkende artsen. Die definitie impliceert de erkenning dat de grens niet altijd helder is en in de loop der tijd kan veranderen.

Tweeledig doel

De gedragsregel is enerzijds bedoeld om patiënten keuzevrijheid te geven en hen anderzijds te beschermen tegen onverantwoord handelende therapeuten. Ze biedt handvatten voor artsen die alternatieve behandelwijzen willen aanbieden. Zo moeten zij een duidelijk onderscheid maken tussen reguliere en niet-reguliere behandelingen. Ook moeten ze duidelijk aangeven welke resultaten van een behandeling zijn te verwachten. Er mogen geen valse verwachtingen worden gewekt, en het is dus oppassen met een term als 'niet-toxische tumortherapie', want die suggereert een curatieve werking. Ook als een patiënt in het reguliere circuit is 'uitbehandeld' mogen alternatief werkende artsen niet zomaar curatief bedoelde behandelingen aanbieden. Anders wekken ze valse hoop, vaak ook nog met grote financiële gevolgen.

Beknpte weergave

Kort weergegeven komt de gedragsregel op het volgende neer:

- artsen werken volgens de regels van Evidence Based Medicine;
- artsen houden zich aan de professionele standaard;
- patiënten hebben recht op goede en volledige informatie over effecten van diagnostiek en behandelingen;
- als artsen alternatieve behandelingen aanbieden moeten zij voorkomen dat patiënten schade oplopen. Die schade kan ontstaan door de alternatieve behandeling zelf, maar ook door uitstel of afstel van reguliere diagnostiek en behandeling. Ook mogen artsen geen

onjuiste informatie geven, of valse hoop op genezing bieden;

- bij de reguliere geneeskunde hoort ook dat de arts oog heeft voor het bredere welzijn van de patiënt, deze begeleidt bij existentiële vragen die de ziekte oproept, en empathie, palliatieve zorg, stervensbegeleiding en troost biedt.

Hoe te handelen?

Wat moet een JGZ-arts nu doen die te maken krijgt met ouders die verzoeken om alternatieve therapieën, of daarover vragen hebben? Allereerst zal hij of zij zich ervan moeten vergewissen dat de patiënt geen effectieve, reguliere behandeling misloopt of daarmee te laat begint. Ook is het van belang om in te gaan op de motivatie van de ouders om op zoek te gaan naar alternatieve therapieën en hen erop te wijzen dat veel klachten van baby's en kinderen vanzelf overgaan. Echinaforce bij een verkoudheid is natuurlijk een ander verhaal dan de dood van een huilbaby na behandeling door een craniosacraal therapeut (NTvG 2009). Maar ook Echinaforce aanraden kan al schadelijk zijn als de patiënt daardoor niet, of te laat, met een antibioticumkuur begint. JGZ-artsen dienen dan ook zeer terughoudend te zijn met het daadwerkelijk doorverwijzen naar, of aanraden van, alternatieve therapeuten of behandelwijzen. Ze kunnen de kwaliteit van deze behandelaars en behandelwijzen immers op geen enkele wijze garanderen.

De gedragsregel *De arts en niet-reguliere behandelwijzen* is te raadplegen op <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/D-e-arts-en-nietreguliere-behandelwijzen-gedragsregel-2008.htm>

Nieuw! Meldcode huise

Volgend jaar komt er een nieuwe meldcode voor professionals voor het melden van huiselijk geweld en kindermishandeling. Wat houdt de nieuwe meldcode in, voor wie is deze bedoeld en wie gaan er mee werken? Hoe zit het met de KNMG-Meldcode?

■ HENRIQUE SACHSE

Artsen hebben sinds 2008 de beschikking over de vernieuwde meldcode van de KNMG om bij vermoedens van kindermishandeling te kunnen handelen binnen de marges van het beroepsgeheim. De KNMG-Meldcode is in de praktijk een bruikbare leidraad gebleken en biedt juridische en praktische steun om vermoedens van kindermishandeling te melden.

Uit onderzoek blijkt dat in het algemeen het beschikken over een meldcode leidt tot driemaal zo veel acties van professionals om kindermishandeling te doen stoppen.¹ Een meldcode beschermt het kind omdat melden wordt gezien als goed 'hulpverlenerschap' terwijl de professional wordt beschermd omdat hij, door de meldcode te volgen, 'zorgvuldig' professioneel handelt. In de praktijk echter beschikken nog veel organisaties die met kinderen werken niet over een meldcode.

De overheid heeft dan ook besloten om een meldcode verplicht te stellen. Het wettelijk kader is gebaseerd op de Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling en zal naar verwachting medio 2011 in werking treden. Tevens zal het recht om huiselijk geweld te melden in deze wet worden opgenomen. Om de invoering van de wet te vergemakkelijken, is door de overheid een Basismodel 'Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling'² (ook wel genoemd 'VWS-meldcode') ontwikkeld, een model dat organisaties kunnen gebruiken om een meldcode op maat te maken.

De verplichting om te beschikken over een meldcode is overigens niet hetzelfde als een meldplicht. In Nederland

heeft de overheid, na een kort oriënterend onderzoek, niet voor de meldplicht gekozen.³

De nieuwe meldcode 'Huiselijk Geweld en Kindermishandeling'

Halverwege 2011 moeten organisaties en zelfstandige beroepsoefenaren in zeven sectoren volgens de wet beschikken over de nieuwe meldcode, te weten: gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg, politie en justitie. De VWS-meldcode gaat gelden voor het melden van kindermishandeling en huiselijk geweld, inclusief seksueel geweld, vrouwelijke genitale vermindering (VGV) en eegerelateerd geweld. De VWS-meldcode bevat een stappenplan ter ondersteuning van de professional vanaf het moment dat vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling ontstaan, tot besluitvorming om zelf hulp te organiseren of te melden. Het doel is het proces van signalering naar melden soepel, verantwoord en transparant maar vooral ook sneller te laten verlopen, zodat ingrijpen bij vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling veel eerder gebeurt.

Het genoemde Basismodel is een handreiking om een meldcode op te stellen voor de eigen organisatie of praktijk. Uitgangspunten en stappenplan in het Basismodel zijn dan voor elke organisatie hetzelfde, maar het toevoegen van specifieke onderdelen door een bepaalde beroepsgroep is mogelijk. Daarmee kan het Basismodel dus eenvoudig in de eigen organisatie ingepast worden. Ook randvoorwaarden om met de

Huiselijk geweld en kindermishandeling

meldcode te gaan werken zijn in het basismodel opgenomen, waarin de verantwoordelijkheden van het management expliciet worden benoemd.

De inspectie zal gaan toetsen op het beschikbaar zijn van een meldcode binnen organisaties of zelfstandige praktijken en op de aanwezigheid van de randvoorwaarden om met de meldcode te kunnen werken, zoals bijvoorbeeld een veilig werk- en meldklimaat en voldoende scholing en training voor de professionals.

Nieuwe meldcode of KNMG-Meldcode?

Voor alle artsen in Nederland geldt de KNMG-Meldcode. Dat verandert niet. De KNMG-Meldcode blijft de geldende professionele norm voor artsen waaraan medisch handelen wordt getoetst. Dat blijft ook zo als de organisatie de nieuwe VWS-meldcode 'Huiselijk Geweld en Kindermishandeling' heeft ingevoerd. Bovendien is het Basismodel tot stand gekomen met inachtneming van de KNMG-Meldcode en omvat dus veelal dezelfde stappen en uitgangspunten. Toch zijn er enkele verschillen om als arts rekening mee te houden:

- Belangrijkste verschil is dat de VWS-meldcode ook betrekking heeft op huiselijk geweld tussen volwassenen. Melden bij het Steunpunt Huiselijk Geweld wordt daarmee mogelijk. In de KNMG-Meldcode bestaat deze mogelijkheid nog niet, maar zal binnen afzienbare tijd toegevoegd gaan worden in een addendum.
- In de KNMG-Meldcode is het in de tweede stap verplicht om advies te vragen aan het AMK. Artsen mogen deze stap niet overslaan. In de VWS-meldcode is deze stap optioneel. Collegiaal advies is in beide meldcodes verplicht.
- Het derde verschil is de mogelijkheid voor artsen om volgens de meldcode van de KNMG zo nodig – en bij voor-



keur met toestemming – te overleggen met andere professionals om het vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling te onderzoeken. In de VWS-meldcode is deze mogelijkheid niet opgenomen. Artsen lijken hiermee meer bewegingsvrijheid te hebben om een vermoeden diepgaander te onderzoeken.

Betekenis voor de JGZ

Ketenpartners van de JGZ zullen moeten gaan werken met de nieuwe VWS-meldcode. Dat betekent dat de aanpak van vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling overall op dezelfde uniforme wijze zal kunnen plaatsvinden en professionals veel meer dan voorheen op dit punt dezelfde 'taal' zullen spreken. Ketenpartners kunnen bovendien aangesproken worden op professioneel handelen in relatie tot de meldcode.

Bij de ontwikkeling van protocollen kindermishandeling op bijvoorbeeld scholen, waarover de JGZ regelmatig wordt geconsulteerd, kan het Basismodel dienen als kapstok.

Ook organisaties en professionals in de JGZ moeten voldoen aan de nieuwe wet.

Het is een uitdaging om straks de KNMG-Meldcode (2008), de in ontwikkeling zijnde meldcode voor verpleegkundigen en het Basismodel Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling naast elkaar te leggen en te integreren in een gemeenschappelijke meldcode voor de organisatie met handhaving van de eisen van de beroepsgroepen. Tenslotte blijft de KNMG-Meldcode voor artsen het uitgangspunt voor professioneel handelen!

- ¹ Verslag van onderzoek naar de beschikking over, de waardering van en scholing in het gebruik van meldcodes kindermishandeling, uitgevoerd door Veldkamp in opdracht van het ministerie voor Jeugd en Gezin drs. Ingmar Doeven april 2008
- ² Basismodel Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, ministerie VWS, publicatienummer DVC-90487.
- ³ Meldplicht kindermishandeling: een toegevoegde waarde? Recente inzichten over het nut van een meldplicht, Jessica van Rossum en Adrie Wolzak Nederlands Jeugdinstituut / NJi © mei 2008

Belangrijke websites:

- <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld>
- <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Artsen-en-kindermishandeling-meldcode-en-stappenplan-2008.htm>
- www.meldcode.nl

Voor juridische vragen kunt u ook terecht bij: privacyhelpdesk@minjus.nl.
Telefoonnummer: (070) 370 45 69.
Bij vragen over dit artikel, mail: vicevoorzitter@artsenijgz.nl

Henrique Sachse
Vertrouwensarts, arts M&G, Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Zuid-Holland, Stichting Bureau's Jeugdzorg Haaglanden

Nederlandse aanpak biedt nieuwe kansen voor arme landen

JGZ goes Africa

Wat doe je als na dertig jaar werken in de jeugdgezondheidszorg de pensioengerechtigde leeftijd nadert? Je hebt recht op uitrusten en daar is ook niets op tegen, maar als het je passie is kinderen gezond te houden en als je zelf nog gezond bent, wil je misschien met al die kennis en ervaring nog graag iets nuttigs doen. Cécile Schat, jeugdarts in Zoetermeer, bedacht dat Afrikaanse kinderen behoefte kunnen hebben aan jeugdgezondheidszorg. Ze richtte met familie en vrienden een stichting op, deed twee stages en haalbaarheidstudies, en is per 15 september 2010 haar eigen jeugdgezondheidsdienst gestart in Togo, in West-Afrika. **JGZ aangepast aan de Togolese realiteit: preventie met een scheut curatieve zorg in een ontwikkelingsland. Hoe ziet dat eruit?**

■ CÉCILE SCHAT-SAVY

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is in Afrika een tekort van ongeveer één miljoen artsen en verplegers. Dat terwijl er door het lage welvaartsniveau en de grote hoeveelheid ziektes juist veel meer primaire zorg nodig is dan bij ons. Voor zover er geld is, gaat dat naar de bestrijding van ernstige ziektes zoals malaria en aids. Aandacht voor preventie is er daardoor nauwelijks. In Togo is alleen geld voor een klein aantal vaccinaties van baby's en gewichtscntrole van kinderen tot drie jaar. Ouders moeten dus zelf voor de ge-

zondheid van hun kinderen zorgen. Dat valt niet mee. Door chronisch geldgebrek gaan kinderen – maar ook volwassenen – pas naar de dokter als ze ernstig ziek zijn. Je loopt met een kwaal door tot het echt niet langer gaat. Dan legt de familie hutje bij mutje om de dokter en de vervolgbehandelingen te betalen. Want ziekenfondsen zijn er nauwelijks en voor 95% van de mensen bovendien onbetaalbaar. Als het gemiddelde dagloon van een arbeider rond één euro ligt en de helft van de bevolking nog minder verdient, kan een verzekering van twintig euro per maand per



persoon er niet af. Bovendien keert die verzekering slechts mondjesmaat uit. Medische hulp uit de 'westerse' wereld is vrijwel altijd curatief van aard. Donoren bouwen vooral ziekenhuisjes, huisartsenposten en eerstehulplocaties. De mensen stromen toe met de vreselijkste aandoeningen. Vaak zijn dat uit de hand gelopen huis-, tuin- en keukenziektes, die wij in ons systeem van betaalbare gezondheidszorg al veel eerder hebben aangepakt. De gezondheidsautoriteiten weten dat ze het paard achter de wagen spannen door niet massaal in te zetten op preventie en *early diagnostics*, maar missen het geld en de specifieke kennis en ervaring.

Het preventiemodel getest

Door omstandigheden kwam ik in aanraking met Togo, het buurland van Ghana in West-Afrika, op het moment waar-



op ik begon na te denken over wat te doen na mijn pensionering. In Nederland is er gelukkig veel aandacht voor preventie en dat loont. Waarom zou dat in Togo niet kunnen werken? De minister van volksgezondheid en zijn staf hadden er wel oren naar, want zij slagen er niet in om de mortaliteit en de morbiditeit bij kinderen te verlagen.¹

Dus deed ik eind 2008 samen met het Togolese ministerie van Volksgezondheid een haalbaarheidsstudie van twee maanden. Deze had de vorm van een uitgebreide literatuurstudie, stages, interviews en bestudering van lokale gegevens en rapporten in vrijwel alle ziekenhuizen en in een aantal dispensaria (een soort huisartsenposten).² Hieruit bleek een enorme behoefte aan dit soort eerstelijns medische zorg en aan kennisoverdracht over voeding en gezondheid aan ouders en hun kinderen en aan het onderwijzend personeel.

Een jaar later organiseerde ik in overleg met de directeur-generaal van het ministerie van Volksgezondheid een pilot van twee maanden onder alle (250) kinderen op een 'gemiddelde' school in een 'gemiddelde' stad.³ Het doel daarvan was vierledig: nagaan of ouders, kinderen en scholen interesse hebben in deze nieuwe vorm van gezondheidszorg,⁴ me vertrouwd maken met de leefgewoonten en de afwijkende ziektes, in kaart brengen welke zorg precies nodig is en tot slot het ontdekken van het voortraject (samenwerking met de scholen en de ouders) en het natraject (follow-up door de curatieve sector).

De belangrijkste resultaten van de pilot op een rijtje.

Betrokkenheid:

- Opkomst bij pilot boven 95%;
- Meer dan 95% van de kinderen uit de stad Kpalimé gaat naar de basisschool, zij het soms op latere leeftijd;



- Grote interesse bij ouders in de gezondheid van de kinderen;
- Goede samenwerking met de scholen en de gezondheidsautoriteiten.

Gezondheid:

- 32%-66%⁵ van de kinderen is niet of niet genoeg gevaccineerd;
- 15%-37%⁶ ziet slecht of heeft andere oogproblemen (onder andere glaucoom);
- 14% is min of meer slechthorend;
- 21% heeft wormen in de ontlasting (vermoedelijk nog veel meer);
- 16%-32% plast nog in bed (vanaf groep 4);
- 62% heeft malaria of andere ernstige ziektes (gehad);
- De staat van de gebitten is slecht, hetgeen in een land van twintig tandartsen op zes miljoen mensen niet hoeft te verbazen;
- 16% wordt geregeld mishandeld.⁷

De pilot was op alle vier doelgebieden een groot succes.⁸ Zo was de interesse overweldigend: meer dan 95% van de kinderen van de school deed mee. Mijn kennis van en ervaringen met de leefgewoonten – onontbeerlijk voor een succesvolle aanpak – zijn sterk gegroeid, evenals mijn kennis van de specifieke ziektes in dit land. Welke Nederlandse jeugdarts zou bijvoorbeeld ooit kinderen boven de tien jaar screenen op glau-

coom of standaard de ontlasting, het bloed en de urine controleren op typische Afrikaanse ziektes en deficiënties? Ik leerde veel over de leefgewoonten van de bevolking, bijvoorbeeld waarom ze vrijwel altijd moe zijn. De zogenaamde luiheid van de bevolking heeft veel te maken met onvoldoende en eenzijdig eten, met het vrijwel continu rondlopen met ziektes – vooral malaria, maar ook wormen in de darmen en bloedarmoede – en met het snikhete en vochtige klimaat.

Andere belangrijke conclusies waren dat als je jeugdgezondheidszorg wilt opzetten en de doelgroep nauwelijks Frans spreekt, je assistenten moet hebben die een aantal van de 37 talen van het land spreken. En hoe bereik je ouders en kinderen in een land waar geen straatnamen zijn en geen post wordt bezorgd en trouwens het briefpapier schaars en heel duur is (maar wel heel goed te gebruiken als wc-papier)? Ook moet je leren hoe je samenwerking organiseert met de gezondheidsautoriteiten en met de curatieve sector in de regio. Je bent in een ontwikkelingsland, maar juist hier zijn de hoeveelheid regels en handhavers van die regels enorm. En wat doen we met de vele straatkinderen die ziek zijn, vaak wezen, of met geestelijk en lichamelijk gehandicapte kinderen die weggedrukt worden in de vergetelheid omdat ze 'het boze oog' hebben?



In de afgelopen jaren hebben wij goede contacten opgebouwd met de plaatselijke Rotaryclub, waarvan artsen, de plaatselijke apotheker, schoolhoofden en ambtenaren lid zijn. En met de kerken die een wijd vertakt net van (curatieve) zorg hebben opgezet en een flink aantal scholen exploiteren. En met de gezondheidsautoriteiten die ons aanvankelijk als concurrenten zagen, maar nu als potentiële bondgenoten. Zo ontstaat een netwerk dat onontbeerlijk is om voor- en nazorg te verzekeren.

JGZ à la Togolaise

Medio september 2010 openen wij onze 'JGZ à la Togolèse' in de stad Kpalimé. Wij hebben een dubbelhuis gekocht dat de laatste maanden is verbouwd tot JGZ.⁹ Daar begin ik met een team van lokale mensen, bestaande uit twee assistentes, een laboratoriummedewerker (voor het onderzoek van bloed, urine en ontlasting), een apothekersassistent annex boekhouder annex receptionist, een bewaker en een schoonmaakster. Gaandeweg leren de assistenten denken in termen van preventie, evenals trouwens de bevolking. Dat proces is al gestart tijdens de pilot. Maar het zal een flinke tijd duren voordat het team min of meer zelfstandig kan opereren en ik me kan richten op het opleiden van nieuwe teams.

We gaan werken met protocollen uit Nederland, die zijn vertaald in het Frans

en aangepast aan de ervaringen uit de stages en aan input van deskundigen op het gebied van openbare gezondheidszorg. Ongetwijfeld zullen we onze werkwijze in de loop der tijd nog verder aanpassen aan de situatie ter plekke. We maken zoveel mogelijk gebruik van plaatselijke kennis over voeding en gezondheid en van goedkope manieren om kinderen gezond te houden of te maken. Zo helpt elke dag eten bereiden met palmolie om voldoende vitamine A binnen te krijgen, waardoor de oogproblemen afnemen, en zorgen pompoempitten voor het verdrijven van de wormen uit de darmen. Veel voorlichting over gezondheid en opvoeding is nodig want er is een ontstellend gebrek aan de meest basale kennis. Een voorbeeld: zolang in een land waar aids voorkomt het verhaal nog steeds geloofd wordt dat slapen met een maagd je van deze ziekte afhelpt, is er veel te doen. Hieronder valt ook het uitbannen van vooroordelen; gemakkelijker gezegd dan gedaan. In onze planning is opgenomen dat we in het schooljaar 2011/2012 een tweede team gaan inzetten (één arts en twee assistentes) en dat we in 2012/2013 met schooltandverzorging zullen beginnen. Geen overbodige luxe in een land met twintig tandartsen. De enige tandheelkundige zorg voor het overgrote deel van de bevolking is het trekken van tanden en kiezen als de mensen teveel pijn hebben. Ook hier moet vooral voorlich-

ting op scholen en bij volwassenen een groot deel van de problemen voorkomen. Maar we zullen ook stimuleren dat meer tandartsen in Togo worden opgeleid. Een eerste begin is er al: dit jaar is een opleiding gestart aan de universiteit van Lomé voor een soort HBO-tandartsen. We lobbyen ook voor een opleiding voor mondhygiënist; zo nodig beginnen we daar zelf mee, met hulp van een of meer deskundigen uit Europa.

Een paar cijfers: met één team kunnen we naar schatting per jaar 2500 kinderen bereiken. Later worden dat er meer, als we beter ingespeeld raken op elkaar en op de bevolking. In 2011 kunnen we met twee teams circa 5000 kinderen per jaar zien. Misschien komt er later een derde team en op langere termijn openen we wellicht centra in andere steden. Maar belangrijker nog dan het (grondig) onderzoeken van kinderen is voorlichting geven over voeding en gezondheid. Daartoe willen we betaalde en onbetaalde krachten gaan opleiden die de boodschap verder gaan brengen. In de komende jaren zullen we cursussen over voeding en gezondheid gaan schrijven en een opleiding starten die door de overheid gecertificeerd moet worden. Daarmee bereiken we uiteindelijk het meest, naar het Chinees gezegd: geef een hongerige een hengel en leer hem vissen. Zoals de secretaris van de Togolese KNMG, een professor in de gynaecologie, tegen ons zei: jullie zullen veel meer mensenlevens redden dan ik ooit kan doen. Juist door het verhogen van het kennisniveau.

Wie betaalt?

De kosten voor de preventieve zorg en de voorlichting en scholing die wij gaan bieden, zijn in vergelijking met Nederland erg laag. Een verpleegster kost per maand 40 euro, een assistent nog minder. Een arts verdient 120 euro per maand. Ikzelf werk pro deo, evenals alle deskundigen uit Europa die ons van tijd tot tijd komen helpen. Natuurlijk moet de aanschaf en het onderhoud van het medisch centrum worden betaald en zijn er maandelijkse kosten van elektra, water en schoonhouden.

Die moeten voor het overgrote deel komen uit sponsoring in geld of natura. We vragen in tegenstelling tot de werkwijze in Nederland een kleine financiële bijdrage aan de ouders van de kinderen die we onderzoeken, behalve voor de armsten en voor gehandicapte kinderen. Daarmee betalen we een klein deel van de onkosten maar belangrijker nog: we worden zodoende serieus genomen. Alle hulpverleners in Togo hebben ons de raad gegeven om niets gratis te doen. Dan verlies je elk respect.

Samenwerking met Nederland

Dit soort projecten heeft alleen kans van slagen als het thuisfront actief meewerkt. Dat geldt eerst en vooral voor de

langs de ziekenhuizen in Togo bleek mij dat er cardiologie noch cardiochirurgie bestaat. Voor hartproblemen moet een Togolees naar buurland Ghana. Dat zal niet onmiddellijk veranderen, maar we zullen er bij de minister wel op aandringen om aan dit probleem te gaan werken.

De GGD Zuid-Holland West, waar ik tot eind juni heb gewerkt, heeft ons steun toegezegd in de vorm van advisering en achtervang. Ook anderen willen helpen, zoals het oogheelkundig team van het Ikazia-ziekenhuis in Rotterdam, dat als achtervang functioneert voor oogheelkundige problemen. Opticistenketen Het Huis heeft circa 500 tweedehands brillen ter beschikking gesteld

willen uitnodigen voor kennisoverdracht en hulp bij moeilijke gevallen. Wie geïnteresseerd is, kan dat via de website www.kinderhulp-togo.nl laten weten (kennis van de Franse taal is noodzakelijk). Daar staat ook uitgebreide informatie over het land en het project, waaronder het beleidsplan 2010-2011.¹¹

Cécile Schat-Savy
Arts Maatschappij & Gezondheid
GGD Zuid-Holland West
Vanaf 15/09/2010: Jeugdgezondheidsdienst Kpalimé (Togo)
Email: cschatsavy@kinderhulp-togo.nl



jeugdgezondheidszorg in Nederland maar ook voor aanpalende medische en paramedische¹⁰ specialisten uit Europa, die nodig zijn om de tweedelijnsgezondheidszorg in Togo te verbeteren. Want we kunnen wel via ons jeugdgezondheidsproject bij de kinderen in Togo ziekten en gebreken opsporen, als de specialisten en ziekenhuizen ter plaatse die – waar nodig – vervolgens niet kunnen behandelen, schieten we ons doel voorbij. Vandaar dat we naast ons preventieprogramma als tweede hoofdactiviteit hebben geformuleerd dat we de tweedelijnsgezondheidszorg ter plaatse een forse kwaliteitsimpuls willen geven. Een voorbeeld: tijdens mijn rondgang

(maar we hebben er nog duizenden nodig want een bril kost in Afrika twee maandsalarissen van een onderwijzer). Dat geldt ook voor andere bedrijven en instellingen die medische en niet-medische apparatuur ter beschikking stellen. Maar er is nog heel veel nodig. Wie apparatuur of andere nuttige zaken over heeft, wordt verzocht dat door te geven op cschatsavy@kinderhulp-togo.nl. Het is de bedoeling dat het centrum vanaf 2012 stageplaatsen en later ook opleidingsmogelijkheden creëert voor medische en paramedische studenten, en voor afgestudeerden. Artsen en paramedici met veel ervaring zouden we graag een tijdje in ons centrum of in de met ons samenwerkende ziekenhuizen

- ¹ Kindersterfte in Togo is 152 per 1000 (in Nederland 5 per 1000). Bron: <http://www.plannederland.nl/content/watwijdooen/index.jsp?land=togo>
- ² Geïnteresseerden kunnen een samenvatting van de geaggregeerde resultaten (in het Frans) opvragen bij ondergetekende.
- ³ Kpalimé, 120 km ten noord-oosten van de hoofdstad Lomé, met 120.000 inwoners waarvan de helft onder 18 jaar.
- ⁴ Dat was op voorhand lang niet zeker: voodoo-dokters en bijgeloof hebben veel projecten van NGO's in de kiem gesmoord.
- ⁵ Per klas is het percentage verschillend.
- ⁶ Per klas is het percentage verschillend.
- ⁷ Vrijwel alle kinderen krijgen van tijd tot tijd een corrigerende tik maar 16% wordt geregeld zwaar geslagen met een lat of met de vuisten.
- ⁸ Een samenvatting van de geaggregeerde resultaten (in het Frans) is voor geïnteresseerden op te vragen bij ondergetekende.
- ⁹ Zie http://www.kinderhulp-togo.nl/Fotogalerij/2010/Verbouwing_2010/index.html
- ¹⁰ Logopedisten, fysiotherapeuten, chiropractors et cetera.
- ¹¹ http://www.kinderhulp-togo.nl/Nederlands/Over_Ons/Beleidsplan_2010_2011.html

Gewetensbezwaren tegen HPV: kan dat bij de GGD?

■ JAN A. M. VAN EIJCK

Maart 2009: de GGD zit midden in de voorbereiding van de grote klus om 25.000 meisjes van twaalf tot zestien jaar drie keer in te enten tegen het Humaan Papilloma Virus (HPV), ter voorkoming van baarmoederhalskanker. Dan maken twee medewerkers jeugdgezondheidszorg, één arts en één sociaalverpleegkundige, mij als manager Jeugdgezondheidszorg via hun teamleider kenbaar dat zij vanwege ernstige gewetensbezwaren NIET willen vaccineren tegen HPV. De arts licht zijn bezwaren van 'medisch-ethische aard' toe in een brief van anderhalf kantje A4. De verpleegkundige doet dit in een persoonlijk onderhoud met mij van zo'n twintig minuten.

Zij blijven bij hun weigering, hoewel ik hun bezwaren vooral gestoeld vind op 'spookverhalen'. Deze zijn: de vermeende ernstige levensbedreigende bijwerkingen volgens internet, de vermeende belangenverstremming van de farmaceutische industrie (uitzending Zembla) en het onvoldoende getest zijn van de vaccins, zowel kwantitatief, als in tijdsduur, als qua doelgroep. Ik benadruk bij hen de gedegenheid van het advies van de Gezondheidsraad.

Ik overleg met onze medisch directeur wat hiermee te doen. Onze visie is dat de GGD het rijksbeleid inzake vaccinaties uitvoert conform de deskundig onderbouwde adviezen van de Gezondheidsraad. Dat beleid geeft géén ruimte voor discussie voor GGD-medewerkers. Wie dit beleid weigert uit te voeren, weigert werk van de GGD. Komen wij niet tot een vergelijk, dan past daarbij maar één stap: onze wegen zullen uit elkaar moeten gaan, dus ontslagaanzegging. Wij zijn ons bewust van de reikwijdte van dit standpunt, maar we zien geen andere weg.

Ik organiseer een uitgebreide inhoudelijke en logistieke briefing voor alle JGZ-medewerkers, waarbij ik ook de medisch adviseur van RIVM-Zuid uitnodig. Daarna overleg ik opnieuw met beide weigeraars. Zij blijven bij hun weigering, waarbij de arts nog benadrukt dat zijn bezwaren ook van medisch-inhoudelijke aard zijn tot op immunologisch-celulair niveau (T-lymfocyten et cetera)!



Op aanraden van de personeelsadviseur van de afdeling Jeugdgezondheidszorg, vragen wij voor de zekerheid advies aan onze huisjurist, gespecialiseerd in arbeidsrecht. Deze brengt binnen zes dagen advies uit. De jurist stoelt dit advies vooral op het redelijk recente rapport *De ambtenaar met gewetensbezwaren*. Denk daarbij aan gewetensbezwaren bij kernbewapening (defensie), geweldsgebruik (politie) en abortus (medisch).

In eerste instantie geeft de jurist de GGD gelijk: het vaccinatieprogramma van het RIVM uitvoeren is een kerntaak van de GGD. Onze reactie is gevoelsmatig zeker te billijken. Maar de zaak is toch ingewikkelder, vindt zij.

Een absoluut oordeel of er sprake is van gewetensbezwaren is vanwege de subjectieve beleving van de gewetensbezwaarde onmogelijk, zo stelt zij. Wel is de werkgever altijd verplicht zich in een

gesprek met de bezwaarde te vergewissen van de inhoud van de bezwaren en te proberen tot een vergelijk te komen. Komt men er niet uit? Dan is de vraag belangrijk: wordt het goed functioneren van de openbare dienst door de weigering onmogelijk gemaakt of ernstig geschaad?

Welnu, dat is in deze kwestie met een verwachte matige opkomst van circa vijftig procent zeker niet het geval, zo weet ook onze jurist. In dat geval moet de werkgever een oplossing zoeken in het aanbieden van andere werkzaamheden. De werkgever kan wel een straf toepassen, maar ontslag past zeker niet bij dit 'vergrijp'. Denk bij een alternatieve straf aan het innemen van een verlofdag of een kleine geldboete.

Dit advies is helder: ik bel terstond beide medewerkers en deel hen mede dat wij de ontslagaanzegging intrekken en nogmaals met hen in gesprek willen, omdat wij wél een arbeidsconflict met hen hebben. Want als het er op aan komt, en de GGD hen per se nodig heeft voor een vaccinatiecampagne, moeten zij mee inenten.

Conclusie: je hebt als GGD (of thuiszorg) in dit soort situaties wel een probleem, want vaccineren in het Rijksvaccinatieprogramma is een kerntaak. Maar bij weigering op basis van 'gewetensbezwaren' dient u zich als manager eerst te vergewissen van de inhoud van de bezwaren. Komt u er samen met de weigeraar niet uit, maar is uitvoering van de vaccinatiecampagne niet in gevaar? Dan moet u ander werk aanbieden en eventueel een passende straf geven.

Jan A. M. van Eijck, medisch adviseur directie GGD Hart voor Brabant, destijds manager Jeugdgezondheidszorg

Casus

Beroepsethiek: evenwicht tussen beroepsgeheim, zorgvuldigheid en vertrouwen

■ JAN A. M. VAN EIJCK

De sociaalverpleegkundige JGZ doet de PGO's klas 2 van het voortgezet onderwijs. Een meisje van veertien jaar heeft op het einde van het PGO nog een vraag. Met de nodige aarzeling komt het eruit: zij vraagt om de morning-afterpil omdat zij de dag ervoor onveilig heeft gevreeën met haar vriend, en zij wil per se niet naar de huisarts "omdat dat ook de huisarts van mijn vader en moeder is."

De verpleegkundige luistert geduldig en belooft het meisje nog diezelfde dag intern met de jeugdarts van de GGD te overleggen, en haar dan op haar gsm terug te bellen over hoe en wat.

In het telefonisch overleg met de jeugdarts licht de verpleegkundige een en ander toe. Volgens haar inschatting is het meisje zeker zelfstandig genoeg, met het "oordeel des ondersheids" als criterium. Op aanraden van de jeugdarts overlegt ze met de apotheek en regelt ze voorlichting over en afgifte van de morning-afterpil. Zij spreekt met het meisje tevens een vervolgartje af voor verdere preventie en het inlichten van haar ouders. Bovendien licht zij de vertrouwenspersoon van school in, mede met het oog op mogelijke reactie op de medicatie.

Tot zover ging alles goed. De volgende dag blijkt dat de conrector van school na overleg met de afdelingsleider van mening is dat de ouders geïnformeerd moeten worden. Dit omdat het vertrouwen van ouders in de school in stand moet blijven. Hoe kan dat nou en wie beslist dat?! Twee uur later deelt de conrector mee dat hij al overleg heeft gepland met de ouders, dus discussie heeft geen zin meer. Paniek dus.



De verpleegkundige overlegt intern, ook met haar teamleider en met mij als adviseur JGZ. Zij stelt voor onmiddellijk contact met de ouders te zoeken, om een en ander uit te leggen, en de ouders ervan te overtuigen dat zij zorgvuldig heeft gehandeld. Ik zeg dat ik haar manier van handelen waardeer, zowel qua zorgvuldigheid, alsook omdat zij intern goed heeft overlegd, en zeg haar alle benodigde rugdekking toe.

De verpleegkundige belt de ouders op, vader neemt aan, en zegt blij te zijn met haar telefoontje en met haar zorgvuldige handelwijze. Minder blij zijn de ouders met het feit dat de school zich tot taak heeft gesteld de ouders versneld in te lichten om wederzijds vertrouwen te behouden. Vader kan zich ook wel voorstellen hoe moeilijk de sociaalverpleeg-

kundige de beslissing had gevonden hun dochter serieus te willen helpen. "En", zei vader, "ik had mijn dochter eigenlijk wel meer geduld en weloverwogen plezier gegund bij haar eerste seksuele ervaringen, maar het is gelopen zoals het gelopen is. We zullen haar nu helpen met een betere en solidere oplossing." En de sociaalverpleegkundige? Die gaat in het vervolg iets voorzichtiger om met informatieverstrekking aan de school, bijvoorbeeld door te vragen een leerling in de gaten te houden in verband met medicatie, zonder de reden daarvan te noemen.

Jan A. M. van Eijck, medisch adviseur
directie GGD Hart voor Brabant,
destijds manager Jeugdgezondheidszorg

Seminar managementgoeroe Stephen Covey

Inspiratie voor de dagelijkse wer

Wacht niet af als je iets wilt veranderen, maar ontwikkel inzicht in je behoeften en mogelijkheden. Dat is het advies van de Amerikaanse 'managementgoeroe' Stephen Covey. Op 18 juni was hij in Nederland. Ik heb zijn workshop bijgewoond. Zijn boodschap is dat je je eigen innerlijke stem moet ontdekken om anderen te inspireren die van henzelf te ontdekken. Met dat inzicht kun je in de jeugdgezondheidszorg goed aan de slag, ook in een tijd dat 'meer doen met minder middelen' troef is.

■ VASANTHI IYER

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is een dynamisch vakgebied met gedreven professionals. Maar behalve met inhoudelijke en procesmatige veranderingen hebben we te maken met een toenemende druk om meer te presteren met minder middelen. Overall manen gemeenten GGD'en om te bezuinigen. Met alle gevolgen van dien voor de professional die op zoek is naar een goede invulling van zijn of haar carrière en die er binnen de organisatie toe wil doen. Het gevoel meer als kostenpost dan als aanwinst te worden beschouwd, wekt frustraties op. We ondergaan veranderingen soms lijdzaam en gaan erin mee, omdat we denken dat de leidinggevende degene is die de besluiten neemt en wij niets te kiezen hebben. Maar we hebben altijd een keus. Dat leert ons Stephan Covey. Zelfs de keus om een leven van grootsheid te leiden, ongeacht de omstandigheden.

Plussen en minnen

Het seminar van Covey bevat twee waardevolle elementen:

- je kunt zijn oplossingsstrategieën toepassen in het eigen werkveld;
- door te werken met praktijkvoorbeelden biedt hij inspiratie voor de dagelijkse praktijk.

Uiteraard heeft het ook zijn beperkingen om een 'goeroe' te zien:

- hij kan tegenvallen, omdat de verwachtingen hooggespannen zijn en vooroordelen een rol gaan spelen;
- misschien zijn niet al zijn inzichten toepasbaar, omdat ze niet één op één

zijn te vertalen naar de eigen organisatie;

- soms ontbreekt het aan macht en invloed om de veranderingen door te zetten.

Toch heeft iedereen de macht om op de drie niveaus van de 'cirkel van invloed' iets te veranderen.

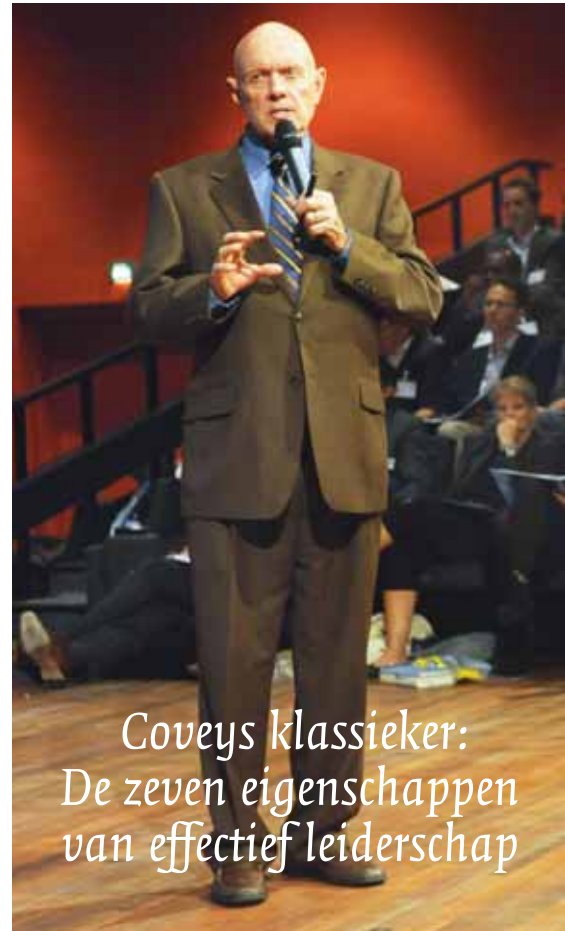
Belangrijke lessen

1) Persoonlijkheid

Stephen Covey is een van de bekendste denkers over leiderschap, persoonlijke effectiviteit en verandering in de wereld. Hij is 78 jaar, vijftig jaar getrouwd, heeft 9 kinderen en 44 kleinkinderen. Hij stelt dat het gezin de sleutel is tot succes. Evenwicht in het leven vinden is een uitdaging zegt hij, en ouderschap is de belangrijkste vorm van leiderschap. Door een voorbeeld te zijn voor je kinderen, kun je van generatie op generatie een familiecultuur overdragen. Succesvol leiderschap begint thuis (voor de JGZ, volgens Lalonde, het eerste milieu). Hiermee kan iedereen beginnen.

2) Vertaling naar de werksituatie

In een organisatie waar veranderingen worden doorgevoerd, is transparantie het grootste desinfecterende middel én het beste groeimiddel. Covey vindt dat managers inzicht moeten geven in financiën, resultaten openbaar moeten maken, en klant- en medewerkertevredenheid moeten meten. Openheid van zaken zorgt, samen met een duidelijke visie en heldere prioriteiten, voor de groei van de organisatie. Nadruk op controle is vaak een directe indicatie



Coveys klassieker:
De zeven eigenschappen
van effectief leiderschap

Stephen Covey op 18 juni in Nederland. Foto: Jan Boeve

voor een gemis aan vertrouwen. De vitaliteit van bedrijven is gebaat bij het delegeren van verantwoordelijkheid op basis van vertrouwen. Als professionals verantwoordelijkheid dragen voor hun resultaten en vertrouwen krijgen vanuit de organisatie, levert dit van de werkvloer (zelf)vertrouwen en snelle verandering op. De individuele professional dient kritisch te zijn en vragen te stellen. Als medewerker ken je de visie van de organisatie waar je werkt en kom je met ideeën. Wees dus geen slachtoffer! Laat je mening horen, laat zien waar je voor staat, en doe mee in werkgroepen en andere projecten. Kijk wat de behoeften zijn, ontdek wat je passie is en waar je talenten liggen. Zo ontdek je je eigen stem. Elkaars verschillen accepteren en talenten bewonderen en werken

Praktijk

aan een gemeenschappelijk doel zorgt voor synergie. Samengevat: vergroot je invloed binnen je werk (voor de JGZ, volgens Lalonde, het tweede milieu).

3) Deel je ervaringen met anderen

Goeroes doen hun best om hun principes te delen. Wat daarvan achteraf overblijft, hangt sterk af van de tijd, de wil en de mogelijkheid om met de meest waardevolle ideeën iets te doen. Covey zegt dat je je inzichten op anderen moet overbrengen door je kennis en ervaringen te delen. Door je bijdrage te leveren aan de maatschappij en je stem te laten horen, ga je mee met de veranderingen. Iedere professional is lid van een vereniging, of moet het worden, aldus Covey. Samen met collega's kijken hoe je invloed kunt uitoefenen op je vak en je organisatie, werkt bindend. Dit is het tijdperk van 'empowerment', door je stem te vinden kun je anderen inspireren (voor de JGZ, volgens Lalonde, het derde milieu).

Conclusie

Covey's boodschap voor professionals is dat grootheid bij jezelf begint! Door je vak gepassioneerd uit te oefenen, een betekenisvolle bijdrage te leveren en je eigen omgeving te beïnvloeden kun je een succes maken van je leven. Daarmee word je een rolmodel, een Held!

Vasanthi Iyer is jeugdarts GGD Gooi en Vechtstreek.

Universitair onderzoek naar online behandeling slaapproblemen bij jongeren

Slim slapen

Amsterdam, 20 september 2010.

Uit onderzoek blijkt dat veel jongeren kampen met slaapproblemen als gevolg van hormonale en sociale veranderingen in de puberteit. Dit kan hun stemming, gedrag en schoolprestaties nadelig beïnvloeden. Slaapproblemen bij volwassenen laten zich goed behandelen met cognitieve gedragstherapie, voor jongeren is de effectiviteit van behandeling nog niet onderzocht. Aan de Universiteit van Amsterdam start deze maand een driejarig onderzoek naar de behandeling van slaapproblemen bij jongeren.

Gratis behandeling

UvA-onderzoeker drs. Ed de Bruin ontwikkelde een behandelprotocol dat wordt aangeboden via een laagdrempelige internetbehandeling en een behandeling in groepsverband in het Academisch Behandelingencentrum UvA-Virenze. De komende twee jaar gaat hij deze twee vormen van behandeling vergelijken en tevens afzetten tegen een controlegroep van jongeren die op een wachtlijst staan. Jongeren van de wachtlijst mogen na twee maanden

zelf kiezen tussen online- of groepsbehandeling. Hij is dan ook op zoek naar jongeren tussen 13 en 19 jaar die in of rond Amsterdam wonen en last hebben van slaapproblemen.

Deelnemers gevraagd

De slaapspecialisten van de UvA brengen het onderzoek onder de aandacht van de jongeren zelf, hun ouders en de kring van hulpverleners die deze kinderen in hun spreekkamers zien, zoals huisartsen, therapeuten, jeugdgezondheidszorg of schoolmedewerkers. Op www.slimslapen.nl is meer informatie te vinden. Instellingen kunnen op verzoek een lezing over jongeren met slaapproblemen aanvragen.

Neem voor meer informatie of aanmelding contact op met:

drs. Ed de Bruin
Postbus 94208
1090 GE Amsterdam
T (020) 525 13 27
E E.J.deBruin@UvA.nl
I www.slimslapen.nl



Onderzoek complementaire en alternatieve behandelwijzen (CAM)

Doe mee aan een landelijk onderzoek onder jeugdartsen over CAM bij kinderen door middel van een vragenlijst. U kunt deze vragenlijst invullen door onderstaande link over te nemen. Het invullen vraagt minder dan 10 minuten van uw tijd. Uw antwoorden zullen anoniem worden verwerkt.
<http://onderzoek.mwm2.nl/ga.asp?vp=D6F250CA-EBAD-4E73-B219-DDC19DABBCCD>

Meer informatie over het onderzoek onder jeugdartsen is te vinden op de website van de AJN: <http://ajn.artsennet.nl/>
Hartelijk dank voor uw medewerking!

Désirée van der Veer, jeugdarts, GGD Regio Twente; Silvia van Coeverden, jeugdarts KNMG i.o., GGD Amsterdam; Miek Jong, onderzoeker, Louis Bolk Instituut, Dribergen

Verslag Algemene Ledenvergadering AJN 18 juni 2010

Elise Buiting (voorzitter), Henriche Sachse (vice voorzitter), Lucy Arntzenius (secretaris), Evelien Storchi (penningmeester), Anneke Ligtenstein (tweede penningmeester), Anneke Kesler, Marijke van Keulen, Nathalie Leeuwenburgh, Juliette Heetman, Ellen van Hoorn, Ellen Peerbolte en 303 leden van de vereniging.

Voorafgaande aan de vergadering heeft de voorzitter van de VVC, F. van Leerdam, (tevens dagvoorzitter) een mededeling met betrekking tot de toekomstige locatie van de ALV - Wetenschappelijke AJN-dag. De wetenschappelijke dag van 25 maart 2011 is nog in de Jaarbeurs te Utrecht, daarna vinden de AJN-dagen plaats in De Reehorst in Ede (24 juni en 25 november 2011). Het betreft een proef. Aan de hand van de evaluaties zal verder beslist worden.

1 Opening en vaststellen agenda

De voorzitter van de AJN, Elise Buiting, opent de vergadering en heet de aanwezigen welkom. De agenda is vastgesteld. Deze ALV heeft een bijzondere karakter, met informatie over de toetreding tot de KNMG en de stemmingsprocedure. Daarom is gekozen om het afscheid van bestuursleden en leden van de VVC uit te stellen tot de ALV van november dit jaar.

2 Verslag ALV van 19 maart 2010

Er zijn geen op- en aanmerkingen. Het verslag is goedgekeurd en daarmee vastgesteld.

3 Bestuurszaken

In het AJN-bestuur gaan twee bestuursleden stoppen in juni en één in november 2010. Daarnaast stopt ook de voorzitter van de AJN in november 2010. De vacatures voor deze functies zijn meegestuurd met de JA!, liggen vandaag op de vacaturetafel en staan op de website. Het bestuur en voorzitter nodigen u van harte uit te solliciteren op deze functies.

4 Uw aandacht waard ...

- Wat zijn uw wensen met betrekking tot het opstellen van een nieuwe JGZ-richtlijn? Welk praktijkprobleem/onderwerp vanuit het veld wilt u voordragen voor het maken van een richtlijn? U kunt uw wensen mailen naar het RIVM (Petra.de.groot@rivm.nl)
- Wie wil er namens de AJN meedenken met de JGZ-richtlijn Pesten? Informatie ligt op de vacaturetafel en staat op de website.

- Er worden 50 jeugdartsen gezocht om de proefimplementatie van de JGZ-richtlijn Astma te testen. Informatie op de vacaturetafel en op de website.
- Er worden 5 werkconferenties voor professionals CJG georganiseerd. Op de vacaturetafel liggen brochures met een voorankondiging. In maart/april dit jaar heeft u een informatieboek ontvangen van VWS over professionals in de CJG. Deze bijeenkomsten zijn daar een vervolg op. Er kunnen ongeveer 100 deelnemers per bijeenkomst inschrijven. Het bestuur wil deze bijeenkomsten aanbevelen. Ze zijn voor alle professionals in de CJG bedoeld.
- Els Jonker en Anneke Kesler hebben op 11 mei jl. de brochure *Opgroeien met zorg* aangeboden aan minister Rouvoet. AJN en Mezzo hebben samengewerkt aan deze brochure en hebben de groep kinderen van zieke ouders zichtbaarder gemaakt.
- Jeugdartsen die in 2011 in opleiding gaan, dienen zich voor 22 juni a.s. aan te melden bij het CBOG i.v.m. subsidie.

5 Aansluiting KNMG

Inleiding Elise Buiting: het AJN-bestuur ziet de voordelen als de AJN via de KAMG toetreedt tot de KNMG. Het betekent een versterking van de medische entiteit; jeugd en preventie komt op de kaart van de KNMG; directere invloed op de KNMG-standpunten jeugd; de KNMG is sterk in politieke lobby. De leden van de AJN ontvangen wekelijks *Medisch Contact*, kunnen bij de KNMG-webdossiers, kunnen gebruik maken van diensten zoals juridisch advies, artseninfolijn, loopbaanbureau en congressen/trainingen.

Elise Buiting stelt Paulien van Hessen voor van de KAMG, zij geeft aan waarom de toetreding via de KAMG gaat.

Paulien van Hessen is penningmeester van de KAMG. De invloed en continuïteit van artsen M&G worden vergroot. In de sociale geneeskunde is het domein van maatschappij en gezondheid gebaat bij een betere inbedding via de KNMG. De positie en het gezag van de KNMG kunnen gebruikt worden bij zaken als opleiding, BIG, tuchtrecht enz. De positie van artsen in het domein maatschappij en gezondheid wordt versterkt door contacten met VWS en de politiek. Ontwikkelingen worden eerder gesignaleerd. Via de KAMG toetreden tot de KNMG is de zogenaamde ketenbenadering. Curatief en

preventief gaan samen mee. Aan de zorg in Nederland hangt een prijs; preventie heeft een brede maatschappelijke inbedding nodig om de benodigde financiële middelen te genereren. De KAMG streeft naar meer artsen op sleutelposities; het is nodig om beleids- en staffuncties in te nemen. Sociaal geneeskundigen kunnen actie ondernemen op beleidsgebied en daardoor meer sturing geven aan de vertaling van politieke wensen/eisen met betrekking tot kosten/baten en preventie. De KAMG is van mening dat het erfgoed van de sociale geneeskunde nog beter uitgedragen en geborgd kan worden via de toetreding tot de KNMG.

Vervolgens komt Paul Rijkse, algemeen directeur KNMG, aan het woord. Wat kan de KNMG betekenen voor de jeugdarts en wat betekent de jeugdarts voor de KNMG?

De KNMG is een representatieve artsenorganisatie met ongeveer 50.000 leden, met o.a. de LHV, Orde van medische specialisten, NAVB, Verenso, NVV, individuele leden, studenten. De KNMG is tot nu toe vooral een curatief bolwerk, preventie is onvoldoende vertegenwoordigd. Dat wil de KNMG in ieder geval gaan verbeteren. De KNMG is de koepelorganisatie die namens alle artsen in Nederland kan spreken. Het doel van de KNMG is het bevorderen van de kwaliteit van de volksgezondheid. De voorzitter van de KAMG komt in het bestuur van de KNMG. De KNMG heeft een verenigingsstructuur met o.a. een federatiebestuur, algemene ledenvergadering, commissies en werkgroepen. De KNMG ziet drie kerntaken: beleid/advies, opleiding/registratie en forum/podiumfunctie. Er is een sterke politieke lobby, zowel nationaal als internationaal, en de KNMG beschikt over een groot netwerk.

6 Zijn er nog vragen?

Vr: De NVJG is een aantal jaren geleden uit de KNMG gegaan, heeft het wel zin voor een "kleine groep" om deel uit te maken van de KNMG? Staat u wel open voor de AJN – JGZ? Antw.: Ondertussen is de AJN gegroeid, zowel fysiek (aantal leden) als emotioneel, we zijn zelfbewuster geworden. Invloed is mogelijk en soms zullen we genoeg moeten nemen met een compromis.
Vr.: Worden we lid als AJN of lid als KAMG? Antw.: We worden lid via de KAMG, binnen de KAMG is de AJN de grootste vereniging.
Vr.: Kan de AJN iemand op het kantoor van de KNMG krijgen, in verband met de inhoud?

Kunnen we een AJN-er in de federatieraad van de KNMG krijgen? Antw.: Dit gevoel wordt herkend. We gaan samen met de KAMG, het is mogelijk om een AJN-beleidsmedewerker binnen de KNMG te laten werken. Dit moet nog verder uitgewerkt worden.

Vr.: De bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundigen zijn al vertegenwoordigd bij de KNMG. Hoe zit dat met de arts maatschappij en gezondheid? Antw.: Door toetreding van de KAMG tot de KNMG komt de jeugdarts en arts M&G in beeld bij de KNMG. We zullen er met elkaar voor moeten zorgen dat we onze stem in de KNMG goed gebruiken.

Vr.: Is de KAMG al over? Antw.: De andere beroepsverenigingen van de KAMG hebben zich al uitgesproken, zij zijn voor toetreding. De AJN is de laatste vereniging van de KAMG die de beslissing moet nemen.

Vr.: Hoe zit het met de kosten? De contributie wordt verhoogd, is er wel geld om een beleidsmedewerker aan te trekken? Antw.: In de begroting is al rekening gehouden met het inzetten van een beleidsmedewerker.

Vr.: Zowel mijn echtgenoot als ik zijn dan lid van de KNMG; krijgen we dan alles dubbel, één maal Medisch Contact is wel genoeg! Antw.: via de mail kunt u dat doorgeven.

Vr.: Zijn er ook nadelen verbonden aan toetreden tot de KNMG? Waarom is de NVJG er eerder uitgestapt? Antw.: Volgens Paul Rijksen waren er destijds financiële problemen/faillissement bij de vereniging van sociaal geneeskundigen die destijds lid was van de KNMG.

Vr.: Rechtstreeks verwijzen, is dat onderwerp iets voor de KNMG? Antw.: Ja, rechtstreeks verwijzen en de erkenning door collega's van de jeugdarts als (mede)behandelaar is een belangrijk thema.

Vr.: Hoe zit het met de invloed van de verschillende specialistenverenigingen? Antw.: Vroeger hadden verenigingen met meer leden meer invloed, dat is niet meer van toepassing. De stem van de KAMG weegt net zo zwaar als de stem van de Orde van medisch specialisten.

Vr.: Kan de KNMG de beleidsmedewerker AJN betalen? Antw.: Nee!

Er zijn nog een aantal vragen via de mail gesteld: Krijgen we bij toetreding ook recht op juridisch advies en loopbaanondersteuning? Antw.: Ja.

Vr.: Heeft het wel zin om lid te blijven bij de LAD? Antw.: Ja, de LAD is een vakbond en doet de CAO-onderhandelingen en biedt persoonlijke rechtsbijstand bij een conflict met de werkgever.

Vr.: Hoeveel AJN-leden gaan hun lidmaatschap opzeggen als de contributie wordt verhoogd omdat we toetreden tot de KNMG? Antw.: Dat weten we niet.

Vr.: Blijft de afdracht van de AJN aan de KAMG hetzelfde of wordt deze verminderd? Antw.: De afdracht blijft hetzelfde.

Vr.: Hoeveel leden zijn al lid van de LAD/KNMG en moeten die meer gaan betalen? Antw.: Die leden gaan niet meer betalen, 1/3 van de leden is al lid van de LAD/KNMG; voor hen verandert er niets.

7 Stemprocedure toetreding AJN tot KNMG

U kunt uw stem alleen schriftelijk uitbrengen. De stemdozen staan bij de uitgang van de zaal. Er is een onafhankelijk stemcommissie (de leden van de kascontrole). De stemmen worden twee maal geteld. U kunt stemmen tot het einde van de pauze. Zodra de uitslag bekend is wordt deze bekend gemaakt door de voorzitter.

8 Rondvraag

Er zijn geen vragen voor de rondvraag.

9 Sluiten van de vergadering

De voorzitter bedankt de aanwezigen voor hun inbreng en sluit de vergadering.

Uitslag van de stemming:

Er zijn 303 stemgerechtigden aanwezig. Er zijn 82 machtigingen omgeruild voor een stembiljet. Totaal: 385

Er zijn 366 stemmers voor

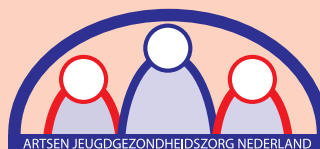
Er zijn 13 stemmers tegen

Er is 1 blanco stem uitgebracht

5 Leden hebben zich onthouden van stemmen. Totaal 385

De leden van de AJN hebben gekozen om via de KAMG toe te treden tot de KNMG. De voorzitter verwoordt dat het bestuur blij is met de uitslag, en bedankt alle leden voor het vertrouwen.

2 Vacatures JA!-redactie



Per 1 december 2010

De JA! is hét tijdschrift van de AJN. Het besteedt aandacht aan alle aspecten rondom de beroepsuitoefening van de artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg in Nederland.

Houd je van schrijven, ben je fantasierijk, onorthodox en denk je 'out of the box' of ken je zo iemand? Geef jezelf op of vraag je bekende om contact op te nemen via JA@artsenijgz.nl

Wat levert het op?

Kennis over evidence based Jeugdgezondheidszorg in de meest brede zin, verbreding van je netwerk, samenwerken met leuke collega's, samenwerken met ketenpartners en natuurlijk inspiratie en accreditatiepunten.

Nadere informatie op de AJN-website, of bij hoofdredacteur :
Marianne Nijhuis, per mail via JA@artsenijgz.nl.

Uw reactie: Voor 1 december 2010 via JA@artsenijgz.nl.

VERNIEUWD

Verbeterd recept. Nieuwe verpakking.



Vertrouwde keuze.

De vernieuwde Nutrilon is vanaf eind november verkrijgbaar. Naast de nieuwe blauwe verpakking is de receptuur aangepast volgens de laatste wetenschappelijke inzichten. Heeft u vragen over de nieuwe verpakkingen of over baby- en kindervoeding? Dan kunt u contact opnemen met de Nutricia Voedingskundige Informatielijn (gratis, 24 uur per dag, 7 dagen per week). U kunt ons ook bezoeken op onze website www.nutriciavoorprofessionals.nl of mailen naar professionals@nutricia.nl.



Alleen Nutrilon bevat IMMUNOFORTIS® waarvan wetenschappelijk is bewezen dat het positieve effecten heeft op het immuunsysteem

