

Ook concentratie van topzorg beter voor chronisch zieke kinderen

Kindergeneeskunde en JGZ horen bij elkaar

dr. P.J.J. Sauer, hoogleraar kindergeneeskunde, Beatrix Kinderziekenhuis, UMC Groningen

dr. A.J. van der Heijden, hoogleraar kindergeneeskunde, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam

dr. H.K.A. Visser, emeritus hoogleraar kindergeneeskunde, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam

Correspondentie-adres:
p.j.j.sauer@bkk.umcg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Naar verwachting zal het geboortecijfer de komende jaren dalen, en daarmee de geldstromen voor kinderezorg. Maar het aantal kinderen met een chronische ziekte neemt juist toe. De kindergeneeskunde kan dus wel wat (organisatorische) versterking gebruiken. Integratie met jeugdgezondheidszorg is een optie.

Het aantal geboortes in Nederland vertoont een dalende lijn. Waren het er in de jaren vijftig van de vorige eeuw

nog 230.000 per jaar, in 2000 lag het aantal op 205.000. Het CBS verwacht dat dit verder zal afnemen tot ongeveer 175.000 in 2013. Met die



Kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg zijn de laatste decennia sterk uit elkaar gegroeid.

beeld: Bilderberg, HH



De kwaliteit van zorg kan verbeteren als er meer tijd is voor een deelspecialisme.

daling zullen gelden voor de zorg voor het zieke kind eerder af- dan toenemen. Tegelijkertijd stijgt het aantal chronisch zieke kinderen, wat meer werk voor de kindergeneeskunde betekent. Er zijn verschillende manieren om op deze ontwikkelingen in te spelen.

Integratie met jeugdgezondheidszorg

Consultatiebureaus en schoolartsendiensten hebben op dit moment een signalerende functie en mogen alleen naar de huisarts verwijzen. Bij een verwijzing is doorgaans het uitgangspunt dat het niveau waarnaar verwezen wordt over meer kennis en ervaring beschikt. De CB-/schoolarts ziet zeer veel kinderen en zal op basis van scholing en ervaring minstens even deskundig zijn in het beoordelen van de ontwikkeling van kinderen als de huisarts. Het mogelijk maken van verwijzing door CB- en schoolartsen direct naar de kinderarts buiten de huisarts om lijkt dan ook logisch. Bovendien: is het reëel dat CB-/schoolartsen geen enkele rol spelen bij de behandeling van kinderen? Zij doen dat al bij het voorschrijven van specifieke voedingen. Zouden ze dan geen bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van niet-acute, veelvoorkomende klachten als spugen en obstipatie? Willen wij CB-artsen en schoolartsen een belangrijkere rol geven in de preventie en curatieve zorg, dan zal een uitgebreidere scholing voor de jeugdgezondheidszorgartsen onontbeerlijk zijn. Ook is een veel nauwere samenwerking nodig tussen de, de afgelopen decennia sterk uit elkaar gegroeide, jeugdgezondheidszorg en de kindergeneeskunde. In dat kader is het wenselijk het eerste opleidingsjaar voor beide disciplines gelijk te laten zijn. Daarna zouden JGZ-artsen een opleiding in

public health moeten volgen. Voor kinderartsen die later een rol krijgen in de maatschappelijke aspecten van de kindergeneeskunde is een stage aan het einde van de opleiding in de JGZ/*public health* noodzakelijk.

Ook moeten gezamenlijke onderzoeken gestart worden. Kortom, JGZ en kindergeneeskunde moeten integreren. Ons land kan wat dat betreft een voorbeeld nemen aan het Verenigd Koninkrijk, waar de oude *British Paediatric Association* nu het *Royal College for Paediatrics and Child Health* is en een universitaire afdeling kindergeneeskunde *Department of Paediatrics and Child Health* heet.

Huisartsen in opleiding moeten een stage kindergeneeskunde volgen

Kinderarts als eerste lijn

Hoe moet de positie van de huisarts in de toekomst zijn? In de studie geneeskunde is de aandacht voor het zieke kind tot een minimaal niveau gedaald. Door de probleemgeoriënteerde aanpak van vrijwel alle opleidingen krijgt de kindergeneeskunde, als vakgebied met specifieke problemen en een specifieke aanpak, relatief weinig aandacht. Ook in de opleiding tot huisarts neemt de kindergeneeskunde een bescheiden plaats in. Slechts een zeer klein deel van de huisartsen in opleiding loopt een stage kindergeneeskunde. In het takenpakket van de huisarts wordt de aandacht voor de oudere mens, met een scala aan chronische ziektes, steeds groter. De diagnostiek van acute ziektebeelden als meningitis bij de jonge zuigeling is, ook voor de ervaren kinderarts, moeilijk. De meeste huisartsen hebben op dit punt te weinig ervaring. Het is dan ook de vraag of het, voor een optimale kwaliteit van zorg, gewenst is dat de huisarts de eerstelijnszorg voor het zieke kind behoudt. En of het niet beter is om aan te sluiten bij vrijwel alle andere Europese landen, waar kinderartsen de eerste lijn voor het zieke kind vormen. Maar op z'n minst is het noodzakelijk om voor alle huisartsen in opleiding een stage kindergeneeskunde in te voeren.

Verdere specialisatie

In algemene ziekenhuizen heeft een deel van de kinderartsen een aandachtsgebied, dat in deeltijd wordt beoefend naast de algemene kindergeneeskunde. De kwaliteit van de zorg kan verbeteren wanneer er meer tijd is voor een deelspecialisme. Dit is mogelijk bij een grotere praktijkomvang. De vele ziekenhuisfusies van de laatste jaren zijn in dit verband een gunstige ontwikkeling, omdat hierdoor naast zo'n zestig kleinere ziekenhuizen een dertigtal grotere regionale medische centra is ontstaan met grote groepspraktijken van kinderartsen. Met name in deze grotere centra is een verdere specialisatie binnen de kindergeneeskundige groepen mogelijk geworden. Ook het feit van de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland moet in deze oplossingsrichting worden betrokken. Zoals eerder bevestigd door de gynaecologen Visser en Steegers (MC 3/2008: 96) behoeft de gehele keten van verloskundige en perinatale zorg een herziening. Recentelijk, in december 2009, verscheen het rapport 'Een goed begin. Veilige zorg rond



SAMENVATTING

- Veranderingen in de zorg voor het zieke kind zijn nodig, zowel om in te spelen op een veranderde zorgvraag als om de kosten te beperken.
- Een betere samenwerking tussen JGZ en kinderartsen, vorming van grote kinderartsenpraktijken waar specialisatie mogelijk is, en de vorming van vier academische clusters waar de gehele kindergeneeskunde uitgevoerd kan worden, lijken goede opties.



zwangerschap en geboorte' (Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte), dat belangrijke veranderingen nodig acht om hierin verbetering in te brengen. Zo moet in ziekenhuizen waar bevallingen plaatsvinden 24 uur per dag een kinderarts aanwezig zijn. Deze kan naast de zorg voor zieke pasgeborenen kinderen behandelen die 's avonds en 's nachts naar het ziekenhuis worden verwezen. Het combineren van beide activiteiten is kostenbesparend.

Topzorg concentreren

In academische ziekenhuizen worden zowel tweede- als derde- als vierdelijnspatiënten gezien. De tweedelijnspatiënten zijn noodzakelijk voor een goede opleiding zowel van studenten als van kinderartsen in opleiding. Ook zijn deze patiënten van groot belang voor het uitvoeren van (epidemiologisch) onderzoek naar algemene klachten en ziektes van kinderen, onderzoek dat in samenwerking met de algemene ziekenhuizen kan worden gedaan. De derde- en vierdelijnszorg vindt vrijwel geheel plaats in academische ziekenhuizen. Maar de vraag is of in alle academische kinderziekenhuizen c.q. klinieken topzorg op alle deelgebieden aan het zieke kind geboden moet kunnen worden. Dat zou een staf van minimaal drie tot meer dan tien kinderartsen per deelgebied vereisen. Een omvang die niet in alle acht academische kindercentra in Nederland gewaarborgd kan worden, en ook niet noodzakelijk is. Zeker als de omvang van deelspecialistische expertise in algemene ziekenhuizen toeneemt, zoals eerder bepleit, neemt de behoefte aan deelspecialistische zorg in academische ziekenhuizen af. Concentratie van topzorg in vier academische centra met verschillende speerpunten binnen een uitstekend samenwerkingsverband met de vier andere academische ziekenhuizen is dan een goede oplossing. De grotere centra kunnen kwaliteit en kwantiteit hand in hand laten gaan, de andere centra kunnen met één of meer speerpunten die passen binnen hun eigen UMC en een basisstructuur kindergeneeskunde nog steeds optimale zorg en goed onderwijs bieden.

Samenwerking

Een goed voorbeeld van een specialisatie die baat zou hebben bij concentratie is de kinderoncologie. In Nederland wordt per jaar bij ongeveer 550 kinderen kanker vastgesteld, terwijl het scala aan maligne aandoeningen uitbreidt. Beperking van het aantal centra waar deze kinderen behandeld worden lijkt aangewezen. In een dergelijk kinderoncologisch

centrum dienen alle andere voor de diagnostiek en behandeling gewenste specialismen en laboratoria aanwezig te zijn, zoals neurochirurgie, radiologie, immunologie, enzovoort. Daarbij is samenwerking tussen de academische centra in de vorm van gezamenlijke protocollen essentieel. Wij stellen een concentratie in vier kinderoncologische centra voor. Er zijn geen aanwijzingen dat het concentreren op één locatie in Nederland tot verdere verbetering van resultaten zal leiden, terwijl één centrum voor zowel het kind als de ouders een zeer belangrijk nadeel van grote reisafstanden en daarmee langdurige ontwrichting van het gezin met zich zal brengen.

Een ander voorbeeld is de kindercardiologie, in samenhang met hartchirurgie. Er worden in ons land jaarlijks circa 1600 kinderen met aangeboren hartaandoeningen geboren, waarvan ongeveer de helft geopereerd moet worden. De benodigde infrastructuur en personeelsbehoefte, zowel als de gewenste ervaring en noodzaak van een goed opleidings- en onderzoeksniveau maken concentratie van dit alles in vier centra noodzakelijk.

Ook voor de kleine groep patiëntjes met een zeldzame aandoening ligt concentratie binnen één centrum voor de hand. Voorbeelden zijn kinderen met zeldzame stofwisselingsziektes en kinderen die een transplantatie moeten ondergaan. Voor hen is uitgebreide expertise noodzakelijk, niet alleen van betreffende deelspecialisten, maar zeker ook van alle aanpalende deelgebieden in de kindergeneeskunde en daarbuiten. Het concentreren van deze zorg kan daarom beter in een enkele academische kliniek gebeuren. Een interessant gegeven is dat op dit moment vanuit patiëntenverenigingen voor kinderen met dergelijke zeldzame ziektes sterk gepleit wordt voor één landelijk centrum per ziektebeeld.

Waarschijnlijk zullen bovengeschetste voorstellen bij verschillende gremia op weerstand stuiten. Huisartsen zullen wellicht de zorg voor het zieke kind niet uit handen willen geven. Er bestaat aversie tegen fusies van ziekenhuizen. Ook de concentratie en taakverdeling binnen de academische kinderziekenhuizen c.q. kinderklinieken zal verzet oproepen.

Toch heeft bovengenoemd model grote voordelen. De kwaliteit van zorg (inclusief opleiding en onderzoek) zal stijgen, terwijl de kosten kunnen dalen. Het is tijd dat de jeugdgezondheidszorg en de kindergeneeskunde de handen ineenslaan om als voorbeeld te dienen voor de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. 