



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Kind, kinderen en jeugd

Wit, J.M.

Citation

Wit, J. M. (2006). Kind, kinderen en jeugd. In . Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/12406>

Version: Not Applicable (or Unknown)

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

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/12406>

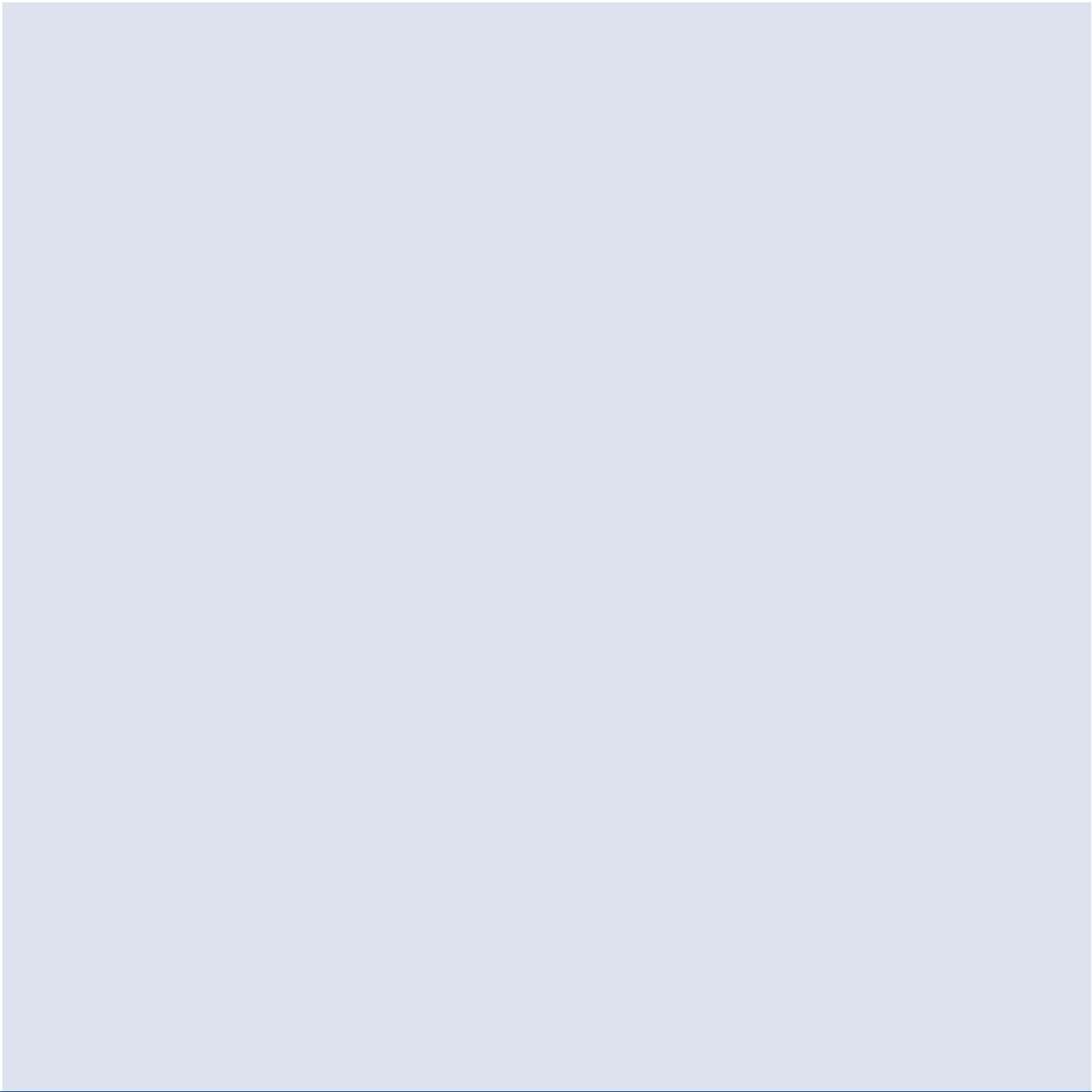
Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. J.M. Wit

Kind, kinderen en jeugd



Universiteit Leiden



Kind, kinderen en jeugd

Rede uitgesproken door

Prof.dr. J.M. Wit

ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar in de

Kindergeneeskunde

aan de Universiteit Leiden

op 20 oktober 2006



Universiteit Leiden

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Aan het einde gekomen van deze periode als hoogleraar kindergeneeskunde, zal ik proberen U te laten zien wat me heeft bewogen in deze jaren; wat me heeft gefascineerd. Ik zal het verslag van mijn fascinaties indelen in patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding, de onverbreeklijke elementen van de academische geneeskunde.

In zorg en onderzoek zijn er drie dimensies, waarnaar de titel van mijn rede verwijst: het kind als patiënt, een groep kinderen, en de jeugd als steekwoord voor de hele populatie kinderen. Die drie dimensies hebben een zekere analogie met een basisprincipe van de endocrinologie: de feedback-loop, ofwel het systeem van negatieve of positieve terugkoppeling. In mijn studententijd voelde ik mij niet alleen aangetrokken tot de kindergeneeskunde, maar ook tot de endocrinologie. Ik denk o.a. door de stimulerende colleges van Professor Querido. Zo'n feedback loop bestaat uit een samenhangend systeem van drie componenten, dat lijkt op de drie samenhangende dimensies van het werk van de kinderarts: patiënt, groep en populatie. Ik laat U dat eerst zien voor de patiëntenzorg.

Patientenzorg

Kind

In mijn opleiding tot arts en kinderarts, ben ik vooral opgeleid om diagnostiek en behandeling te verrichten bij het individuele kind, het kind als patiënt. Een behandeling die altijd gericht dient te zijn op het gehele kind, niet alleen op het actuele deelprobleem. “De patiënt als centrum van het medisch universum”, zoals dit jarenlang geschreven stond op de wand

van de collegezaal. Dat is waarvoor iemand kinderarts wordt: het omgaan met kind en ouders, en proberen de pijn en het verdriet weg te nemen of te verminderen.

De kindergeneeskunde is daarbij gekenmerkt door groei en ontwikkeling: razendsnel van de bevruchte eicel tot een pasgeborene, en daarna wat minder snel in de volgende 18 jaar. Soms kan die ontwikkeling, vóór de geboorte of daarna, abnormaal verlopen, en natuurlijk kunnen er allerlei verworven aandoeningen optreden. De kinderarts werkt daarbij niet alleen met het kind, maar ook met de ouders. Dit is dus in feite al een meer complex systeem dan voor de meeste andere specialisten. Het werk op de afdeling en op de polikliniek van vrijwel alle kinderartsen is voor het allergrootste deel individuele patiëntenzorg.

Ik heb, denk ik, wat meer dan gemiddeld aandacht gegeven aan de aspecten van de kindergeneeskunde waarbij het meer effectief en efficiënt is om te werken met een groep patiënten. Ook heb ik me in een aantal projecten gericht op de populatie waaruit de patiënten voortkomen. Op groeps- en populatieniveau neemt uiteraard de complexiteit toe, en komen vaak meerdere disciplines bij elkaar.

Kinderen

Het was al in mijn opleiding tot kinderarts dat ik begon met een groepsbehandeling voor kinderen met overgewicht, een toen nog niet zo vaak voorkomend probleem als tegenwoordig. Ik vrees dat we met dit verschijnsel in de komende decennia nog veel vaker zullen worden geconfronteerd, als de trend zich verder doorzet, en daarmee de Amerikaanse ontwikkeling achterna gaat.

De kinderpsychiater in opleiding, Ruud Minderaa, en ik hadden een multidimensionele groepstherapie bedacht, waarin diverse elementen werden gecombineerd: informatie over gezond voedsel; gedragstherapie waarin kleine contracten werden afgesloten om stap voor stap de inname van voedsel te verminderen, en stap voor stap de lichaamsbeweging te vermeerderen; ontspannings-oefeningen waarin het hongergevoel werd gevoeld; gezamenlijke maaltijden waarbij langzaam eten werd geoefend; en ouderbijeekkomsten. Het was een tijdrovende behandeling, maar leuk om te doen, en redelijk effectief, ook op de langere duur.

Voor de patiëntenzorg op groepsniveau, zijn ook instrumenten noodzakelijk. Een mooi voorbeeld daarvan is het patiëntendossier, de zogenaamde “status”. In de kindergeneeskunde, maar ik denk in alle medische specialismen, wordt door elke kinderarts voor elke patiënt een status ingevuld. In vrijwel alle ziekenhuizen, echter, is de inhoud en vorm van die status een beetje verschillend. In de late negentiger jaren van de vorige eeuw hebben we met alle toenmalige afdelingshoofden kindergeneeskunde een werkgroep opgericht die een uniforme pediatrie status heeft gemaakt. Inmiddels is echter gebleken dat het maken van een uniforme status niet automatisch betekent dat deze ook overal wordt ingevoerd. Wel hoop ik dat deze status als startpunt kan dienen van een elektronisch patiëntendossier, dat naar ik hoop toch in de volgende jaren beschikbaar zal komen.

Een ander voorbeeld van een instrument dat elke kinderarts nodig heeft is een registratiesysteem voor diagnoses. De algemene medische diagnostische classificatie, zoals de ICD-10, is onvoldoende gedetailleerd om bruikbaar te zijn voor de kinderarts. Ongeveer 15 jaar geleden maakte ik deel uit van

een commissie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde om een meer gedetailleerde lijst te maken, de zogenoemde pediatrie extensie van de ICD-10. Dat lukte, maar helaas is het niet gelukt om deze in te voeren door allerlei bestuurlijke onduidelijkheden. We zitten nu in Nederland helaas nog steeds met verschillende lijsten van diagnoses. Naar aanleiding hiervan kan ik wel zeggen dat ik onder de indruk ben geraakt hoe in ons land de bestuurlijke slagkracht wordt beperkt door het ingewikkelde web van verantwoordelijkheden. Daarin kunnen inhoudelijke beslissingen losgekoppeld zijn van financiële verantwoordelijkheden en mogelijkheden, en daarbij is het vaak onduidelijk wie de regie heeft.

In een klein deelgebied van de kindergeneeskunde, kinderen die worden behandeld met groeihormoon, lukte het ons in 1990 wel om een landelijk registratiesysteem op te zetten, compleet met diagnostische classificatie. Door alle kinderartsen die kinderen met groeihormoon behandelen worden de patiëntengegevens ingevuld op standaard formulieren, opgestuurd naar het Bureau van de Nederlandse Groeistichting, en opgeslagen in een landelijke database, de Landelijke Registratie Groeistoornissen.

Eén van de plannen die ik naar voren bracht in mijn oratie in 1995 was het stimuleren van evidence-based paediatrics. Er is namelijk een kloof tussen de beschikbare kennis en de toepassing ervan door de medicus practicus. Dit kan leiden tot niet of te laat gestelde diagnoses, inadequate behandeling, en overconsumptie van de medische mogelijkheden. Met die beschikbare kennis wordt bedoeld de kennis over de waarde van bepaalde diagnostische en therapeutische verrichtingen zoals gerapporteerd in de literatuur. Deze

informatie is altijd verkregen bij groepen patiënten. Voor de individuele patiëntenzorg is het van enorm belang dat deze informatie op een snelle en efficiënte manier beschikbaar is voor de behandelend arts.

In onze afdeling hebben wij reeds enige jaren een wekelijkse PICO ingesteld. De PICO staat voor Problem-Intervention-Comparison-Outcome. In de PICO wordt een klinische vraag die zich voordoet in de praktijk zo geformuleerd dat dit opzoekbaar is in de elektronische literatuurbestanden, zodat de behandelend arts binnen een korte tijd informatie heeft over wat de beste diagnostiek en behandeling is. We worden hierin zeer goed geholpen door de clinical librarian, een medewerker van de bibliotheek die de arts helpt om efficiënt de benodigde literatuur te zoeken. Hierbij is de Cochrane database een indrukwekkend voorbeeld van wat met internationale samenwerking kan worden bereikt. Ook zijn er nu diverse softwareprogramma's beschikbaar die erop gericht zijn snel klinisch relevante informatie beschikbaar te maken.

Jeugd

De aandacht voor patiëntenzorg op populatieniveau werd vooral gestimuleerd in de tijd dat ik als enige kinderarts werkte in Dominica, een klein eilandje in het Caribisch gebied. Ik was daar verantwoordelijk voor de kinderen die ziek werden binnengebracht in het kleine ziekenhuisje, waarin ik ongeveer 60 bedden beheerde. Het was bijzonder leuk en dankbaar werk, maar het werd mij al snel duidelijk dat voor een wezenlijke invloed op de gezondheidstoestand van de kinderen, preventieve maatregelen veel belangrijker waren dan curatieve. Dus: aandacht voor de hele populatie kinderen, voor de jeugd.

In ontwikkelingslanden was juist in die tijd een hulpmiddel bedacht om ondervoeding in een vroeg stadium te signaleren: een soort groeikaart van elk kind, die door de moeder wordt bewaard. In Dominica voerden we zo'n Child Health Passport in. Het grootste deel van deze kaart is een groeicurve waarop wijkverpleegkundigen en artsen het gewicht naar leeftijd van het kind kunnen invullen. Daarnaast is er ruimte voor het aantekenen van vaccinaties, en overige bijzonderheden.

Een andere preventieve actie was het samen met de diëtist maken van folders over gezonde voeding, waarbij natuurlijk het stimuleren van borstvoeding een belangrijke rol speelde. Daarnaast was het in die tijd duidelijk geworden dat kinderen met diarree ORS moeten krijgen, orale rehydratie vloeistof. We importeerden zakjes ORS, maar maakten ook een brochure met een recept om ORS zonodig thuis zelf te maken.

Maar aandacht voor preventie en vroege signalering is niet alleen belangrijk in ontwikkelingslanden. Ook in Nederland is aandacht voor de hele groep kinderen van groot belang, niet alleen voor degenen die in het ziekenhuis worden gezien en opgenomen. Ik vind dat de kindergeneeskunde zich actief moet inzetten voor preventie. Hierbij kan goed worden samengewerkt tussen de Sociale Kindergeneeskunde en de Jeugdgezondheidszorg. Dat betekent dus: een betere samenwerking en wisselwerking tussen curatie en preventie.

Er zijn veel onderwerpen waar een dergelijke samenwerking zinvol zou zijn. Ik noem hier: de preventie en signalering van kindermishandeling; overgewicht; screening van allerlei aandoeningen; preventie van pesten; een efficiënte aanpak van ADHD; en een goed gecoördineerde aanpak van kinderen met multiple handicaps.

Het is een hoopvolle ontwikkeling dat beide vakgebieden stapje voor stapje tot een vorm van samenwerking komen, die hopelijk gaat lijken op de situatie die nu al in veel andere landen bestaat.

Aandacht voor preventie, en voor de behandeling van de patiënten in de tijd dat zij niet in het ziekenhuis zijn opgenomen, betekent aandacht voor transmurale zorg. Een voorbeeld daarvan is de gespecialiseerde verpleegkundige. De kinderdiabetesverpleegkundige is inmiddels niet meer weg te denken uit ons ziekenhuis en uit Nederland, en op het gebied van diabetes mellitus bij kinderen is een goed functionerend samenwerkingsverband ontstaan met de twee algemene ziekenhuizen in Leiden en Leiderdorp.

Gelukkig zijn inmiddels de contacten met Curium, Rivierduinen, en allerlei andere regionale zorginstanties versterkt, vooral via de Stuurgroep Circuit Kinder- en Jeugdzorg van de Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord, waarvan ik een aantal jaren voorzitter mocht zijn. Ik heb er vertrouwen in dat deze ontwikkeling zich de komende jaren zal voortzetten, onder voorzitterschap van Robert Holl.

Wetenschappelijk onderzoek

Het is voor de meesten van U geen geheim dat onderzoek altijd mijn speciale belangstelling heeft gehad. Wat is daar dan zo leuk aan? In de eerste plaats is dat de samenwerking met jonge mensen, met name de promovendi met allerlei vooropleidingen, maar ook de studenten die een wetenschappelijke stage doen. Verder het betreden van onontgonnen en onbekend terrein, natuurlijk op basis van wat al wel bekend is. Ten derde, de

interactie met collegae die op allerlei andere vakgebieden werken, waardoor allerlei interessante mogelijkheden en inzichten ontstaan. Ten vierde, de uitdaging om bevindingen zo op papier te krijgen dat er een sluitend en overtuigend verhaal ontstaat.

Ook in het wetenschappelijk onderzoek zijn mijns inziens de drie eerder genoemde dimensies van belang, waarbij kennis en inzicht op elk van de niveaus de andere positief kan beïnvloeden: de individuele patiënt; een groep patiënten; en de populatie.

De individuele patiënt heeft natuurlijk in de eerste plaats een hulpvraag, die zo goed mogelijk moet worden beantwoord. Er moet bijvoorbeeld een diagnose worden gesteld, soms op het eerste gezicht. De bevindingen bij een patiënt hebben echter ook een verhaal te vertellen. De patiënt heeft, als U wilt, een boodschap voor de dokter. De boodschap is dat er bij hem of haar een verstoring is opgetreden in een fysiologisch systeem. Nauwkeurige observatie hiervan kan leiden tot nieuwe inzichten in de werking van dat systeem. In mijn opleiding tot kinderarts en later tot kinderendocrinoloog, hebben mijn leermeesters, Prof. Henk Visser en Prof. Leo Van den Brande, mij van dit besef doordrongen.

Maar onderzoek op groepsniveau is ook van groot belang, en kan bijvoorbeeld gericht zijn op de voorspellende betekenis van verschillende vormen van diagnostiek, of het vergelijken van twee manieren om een ziekte te behandelen.

Ook onderzoek op populatieniveau hoort tot het domein van de kinderarts. Wij hebben dat vooral uitgevoerd binnen het Leiden Center for Child Health and Pediatrics LUMC/TNO, dat Prof. Pauline Verloove en ik hebben opgericht in 1998. We hebben hiermee maatschappelijk georiënteerd onderzoek kunnen verrichten op het grensgebied van kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg. Ik heb er veel vertrouwen in dat dit

centrum zich verder zal ontwikkelen onder leiding van Prof. Annemarie Oudesluys-Murphy en dr. Simone Buitendijk.

Ik zal U deze drie dimensies van het wetenschappelijk onderzoek laten zien voor de diverse gebieden waar ik mij mee bezig heb gehouden.

Kinderendocrinologie

Op het niveau van de patiënt zijn we de afgelopen jaren in staat geweest om bij een aantal patiënten met geavanceerde technieken de oorzaak van hun groeistoornis vast te stellen en nader uit te werken, waarbij nieuwe inzichten ontstonden in de fysiologische rol van een hormoon. Ik geef u een voorbeeld van een patiënt die een boodschap had voor ons, die iets te vertellen had. Wij zagen een patiënt met een extreme groeiachterstand wat betreft lengte en hoofdometre, een ernstige achterstand in ontwikkeling, in combinatie met een hoge plasma groeihormoonconcentratie en een zeer hoge plasma concentratie van IGF-I, de groeifactor die een centrale regisseursrol speelt in de groei. Bij deze patiënt bleek er een homozygote verandering, een zogenaamde mutatie, te zijn in het gen voor IGF-I, zodat het IGF-I eiwit volledig onwerkzaam was.

Maar ook een mutatie in de receptor voor IGF-I geeft verminderde groei. Wij vonden bijvoorbeeld bij een jong meisje en haar moeder een heterozygote mutatie van die receptor, waarbij een ernstige groeistoornis optrad.

In de afgelopen jaren hebben de kinderendocrinologen, in nauwe samenwerking met de internistische afdeling Endocrinologie en Stofwisselingsziekten en de afdeling Klinische Genetica, bij meerdere patiënten nieuwe afwijkingen gevonden in genen die een rol spelen bij de regulatie van de

groei. We hebben nu een uniek team opgebouwd om patiënten met bijzondere groeistoornissen in detail te onderzoeken.

Op groepsniveau kan - zoals ik eerder zei - onderzoek worden verricht naar diagnostiek en behandeling. De kinderendocrinologen in Nederland hebben veel klinische studies uitgevoerd naar de groei van kinderen met diverse ziektebeelden en naar het effect van groeihormoon op de groei van kinderen met een kleine gestalte. De intensieve landelijke samenwerking op dit gebied, binnen de Adviesgroep Groeihormoon van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en samen met de Nederlandse Groeistichting, kan mijns inziens als voorbeeld dienen voor overige specialismen en subspecialismen. Ik ben verheugd dat het Bureau van de Nederlandse Groeistichting zich voorspoedig verder ontwikkelt onder leiding van Prof. Anita Hokken-Koelega.

Op populatie-niveau kan onderzoek worden gedaan naar de incidentie van ziekten, er kunnen referentiewaarden worden verzameld, en methoden van screening worden ontwikkeld. In een groot project samen met TNO hebben we bijvoorbeeld groeidiagrammen ontwikkeld, die in het hele land worden gebruikt om de groei en puberteitsontwikkeling van kinderen op weer te geven. Dergelijke groeidiagrammen zijn belangrijk voor de jeugdarts en huisarts om te bepalen of de groei als normaal kan worden beschouwd. Daarbij is het van belang om ook de lengtes van de ouders in de analyse te betrekken. Bij lange ouders kan bijvoorbeeld bij de groeistoornis die onderdeel is van het syndroom van Turner, de lengte van een patiëntje nog wel liggen binnen de normale range voor de leeftijd, en de groeisnelheid nog normaal zijn, maar lager zijn dan verwacht voor de gemiddelde ouderlengte. Om dergelijke kinderen eerder op te sporen hebben we in een vervolgproject richtlijnen ontwikkeld

over welke kinderen dienen te worden verwezen voor nadere diagnostiek vanuit de jeugdgezondheidszorg. Wat betreft het epidemiologisch onderzoek wil ik speciaal Dr. Friedo Dekker noemen, die vanaf zijn komst naar Leiden betrokken is geweest bij het meeste epidemiologisch onderzoek dat wij hebben verricht.

Maar wat gebeurt er eigenlijk als een kind groeit, en waarom stopt een adolescent met groeien? Het antwoord op die vragen moet komen van onderzoek in een vierde dimensie: het onderzoek in het laboratorium op weefsel-, cel-, eiwit- en gen-niveau. Wij hebben ons vooral gericht op de zogenoemde groeischijf. Aan de uiteinden van de armen en de benen van kinderen zijn dergelijke groeischijven aanwezig, en dáár vindt de groei plaats.

Zo kan bijvoorbeeld in cel-lijnen de binding van hormonen aan hun receptoren worden onderzocht. Veel receptoren, o.a. de groeihormoonreceptor, steken met hun staarten door de celmembraan heen. Als het groeihormoonmolecuul wordt gebonden aan de receptoren, wordt een signaal via allerlei tussenstappen doorgegeven naar de celkern. De structuur van de celmembraan werd overigens ontdekt door de eerste hoogleraar kindergeneeskunde in Leiden, professor Gorter.

Enige promovendi onder leiding van Marcel Karperien zijn nu betrokken, of betrokken geweest, bij onderzoek naar de groeifactoren en receptoren in de groeischijf. Recent hebben we ook een model ontwikkeld van zogenaamde mesenchymale stamcellen, die kunnen uitgrijpen tot kraakbeencellen. Ik wil dr. Clemens Löwik, Prof. Socrates Papapoulos en Prof. Hans Romijn nog eens hartelijk danken voor de gastvrijheid voor onze groep in hun laboratorium.

Psychosociale kindergeneeskunde en ethiek

Op het gebied van de psychosociale kindergeneeskunde ben ik betrokken geweest bij onderzoek naar de kwaliteit van leven van groepen kinderen met verschillende aandoeningen. Dit onderzoek biedt zeker aanknopingspunten voor verbetering van de individuele patiëntenzorg. Als uitkomstmaat van verschillende soorten behandeling op groepsniveau lijkt het echter minder geschikt.

In de psychosociale kindergeneeskunde is de individuele patiënt alleen onderwerp van zorg, niet van onderzoek. Daar wordt de kinderarts o.a. geconfronteerd met schrijnende gevallen van kindermishandeling. Maar de ervaringen met mishandelde kinderen vormen wel de motivatie om onderzoek te doen. We hebben een groot multidisciplinair project uitgevoerd, waarin we met intensieve thuiszorg, door speciaal opgeleide wijkverpleegkundigen, hulp hebben geboden aan gezinnen met een verhoogd risico op pedagogische problemen, o.a. mishandeling. Ik wil hierbij de grote inzet noemen van Merian Bouwmeester en Noor Landsmeer. Ik ben blij dat dit programma inmiddels in onze regio en in vele andere regio's wordt gebruikt.

Behalve de vier domeinen die ik U al noemde, is er eigenlijk nog een domein, dat als het ware de populatie nog overstijgt: het domein van de medische ethiek. In de kindergeneeskunde bestaan veel ethische dilemma's, waarvan wij ons soms nauwelijks bewust zijn. Eén van die onderwerpen is: wat is eigenlijk ouderlijke macht? en tot waar reikt die? wie neemt beslissingen over wat? Wij gaan zo gemakkelijk om met dergelijke begrippen, alsof we allemaal weten wat we daarmee bedoelen. Een ander onderwerp is: wat zijn de grenzen aan de belastbaarheid van kinderen als het gaat om wetenschappelijk

onderzoek? Het is de grote verdienste van de ethiek, om dergelijke begrippen aan een nader onderzoek te onderwerpen en ook experimenteel te benaderen.

Neonatologie

Het neonatologisch centrum van onze afdeling is 24 uur per dag bezig met zeer intensieve zorg bij veel te vroeg geboren babies. Deze sterk op het individu gerichte zorg leent zich niet gemakkelijk voor wetenschappelijk onderzoek.

Het onderzoek m.b.t. het prematuur geboren kind waar ik bij betrokken ben geweest wordt verricht op groeps- en populatieniveau. In groepen wordt onderzoek gericht naar diagnostische en therapeutische verrichtingen, bijvoorbeeld naar beademingsmethoden, intrauteriene interventies en vitaminen. In de laatste jaren hebben wij ook het effect onderzocht van een meer op de individuele baby gerichte aanpak van medische en verpleegkundige zorg, de zgn NIDCAP methode.

Een soort populatiebenadering is het langlopend cohort-onderzoek, van groot belang om de late effecten van de intensieve behandelingen te bestuderen. Recent hebben wij 19 jarigen, dus jong volwassenen, onderzocht, die in 1983 te vroeg waren geboren. Er bleken lange termijn effecten van vroeggeboorte te zijn op de gevoeligheid voor insuline. Ook op regionale schaal worden veel te vroeg geboren babies vervolgd, onder leiding van Sylvia Veen.

En verder.....

Het was mijn voorrecht om te worden betrokken bij onderzoek dat primair door anderen wordt en werd uitgevoerd en gesuperviseerd. De kindergastro-enterologie groep onder leiding van dr. Luisa Mearin heeft een productieve onderzoekslijn op

het gebied van diverse aspecten van coeliakie, waarbij niet alleen patiëntgebonden onderzoek, maar ook populatie aspecten veel aandacht krijgen. Daarnaast werd en wordt onderzoek verricht over ondervoeding, genterapie, stofwisseling en geneesmiddelen.

Mijn leermeester Prof. Leo Van den Brande was een gedreven wetenschapper, ook in het laboratorium. Hij heeft een aantal jaren geleden gewezen op de kloof tussen aan één kant dierexperimentele en in vitro observaties, en aan de andere kant klinische waarnemingen. Hij zei het in een toespraak van ruim 10 jaar geleden als volgt: “Voor het dichten van deze kloven zullen bruggenbouwers nodig zijn: jong talent dat met inzet en moderne inzichten deze kloven gaat dichten”. Het gaat dus om het opleiden van “bruggenbouwers”, kinderartsen die de taal van het laboratorium of de epidemiologie hebben leren spreken. Ik meen dat wij in Leiden in de afgelopen jaren een groot aantal potentiële bruggenbouwers hebben opgeleid, en ik hoop dat zij de komende decennia vele bruggen zullen bouwen. Hierbij zijn wij enorm geholpen door het uitstekende programma van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek om klinisch onderzoekers op te leiden, in een geïntegreerd programma van onderzoek en opleiding.

Onderwijs en opleiding

Dames en heren, ik ben maar zo vrij geweest om mijn schema ook toe te passen op onderwijs en opleiding. Ook daar zijn er immers individuele contacten, contacten met groepen, en structurele aspecten.

Individuele contacten met studenten vormen een enorm leuk onderdeel van het werk aan een universiteit. Ik heb talloze

gesprekken gevoerd met studenten, bijvoorbeeld in het kader van de begeleiding van wetenschappelijke stages, of adviesgesprekken over hun toekomstplannen, of gesprekken met de enthousiaste studenten die hun jaar vertegenwoordigen. De meeste studenten geneeskunde hebben helaas weinig meegekregen van het basale wetenschappelijk onderzoek tijdens hun opleiding. Velen hebben ook niet veel interesse om een wetenschappelijke stage te doen in het laboratorium. Het is echter mijn ervaring dat bijna alle studenten die dit wel doen, hierover heel enthousiast zijn, en blij zijn dat ze die kant van het vak ook hebben leren kennen. Voor velen is het ook een reden om zich later als arts met dergelijk onderzoek bezig te houden. Ik heb geprobeerd om studenten en jonge artsen enthousiast te maken voor laboratoriumonderzoek. Internationaal zijn er uitwisselingscontracten afgesloten met o.a. de Universiteit van Stellenbosch, de Universiteit van Chili en die van Malawi. Buitenlandse stages zijn voor studenten van onschatbaar grote waarde.

Maar ook met kleine groepen studenten, in het kader van de werkgroepen en keuzeblokken die nu onderdeel zijn van de studie, was het leuk werken. Gelukkig zijn de twee keuzeblokken die ik heb geleid overgenomen door uitstekende collegae, Prof. Annemarie Oudesluis-Murphy en dr. Wilma Oostdijk.

Wat betreft de structuur, werd in de eerste helft van mijn Leidse jaren een blok cursus gegeven door de medewerkers van onze afdeling, die sprekend leek op de blok cursus die ik zelf meemaakte als student. Een reeks hoorcolleges en een leerboek, en dat was het. Veel studenten schaften zich een kopie aan van de tentamenvragen die de eerdere jaren waren gesteld, en leerden die zo goed mogelijk uit hun hoofd, om een voldoende te krijgen voor hun tentamen.

De noodzakelijke onderwijsvernieuwing in 2000 veroorzaakte een drastische wijziging. Een nieuw blok werd gemaakt, onder redactie van Sander Feith, waarin het onderwijs werd gegroepeerd rondom klinische presentaties. Het aantal hoorcolleges werd verminderd, en werkgroepen, responsiecolleges, zelfstudie-opdrachten en lijnonderwijs, zoals vaardigheidsonderwijs, wetenschappelijke vorming, en farmacologie werden geïntroduceerd. Ik meen dat de kwaliteit van het onderwijs hiermee is verbeterd, maar wat mij bijzonder is opgevallen is de discrepantie tussen de onderwijskundige principes en idealen aan één kant, en de harde werkelijkheid aan de andere kant: het feit dat de meeste studenten niet méér studeren dan ze denken dat nodig is voor hun tentamen.

Een positieve ontwikkeling is mijns inziens wel het computer-ondersteund onderwijs. Wij hebben recent alle schriftelijke zelfstudie-opdrachten omgezet naar elektronische casuïstiek, met een gunstig resultaat.

Praktische vaardigheden in de geneeskunde moet elke student leren. In Nederland is er, tenminste in de periode van 40 jaar die ik kan overzien, geen echte traditie om uitputtend de praktijk van het afnemen van een anamnese en het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek te onderwijzen, en te controleren. In ieder geval veel minder dan in veel Angelsaksische landen. Ik ben van mening dat meer aandacht aan dit aspect de kwaliteit van de Nederlandse artsen in belangrijke mate kan verbeteren.

Wat betreft de opleiding, heb ik veel genoeg beleefd aan het omgaan met de assistenten. Ik denk dat we er door een weliswaar tijdsintensief, maar zeer rendabel schema van kennismakingsgesprekken, waarin wij ons meer opstelden als

loopbaanbegeleiders dan als examinatoren, in geslaagd zijn zeer goede kandidaten te selecteren voor de formele sollicitatiegesprekken. Daarnaast stelde het ons in staat om in een vroeg stadium zeer getalenteerde sollicitanten te selecteren, waarvoor een wetenschappelijk traject meer kansen zou bieden voor een optimale individuele ontplooiing. Gedurende de opleiding was er een regelmatige evaluatie.

De interactie met de assistentengroep heb ik in het algemeen als zeer prettig ervaren. Waar de assistenten en de opleiders mee geworsteld hebben is het spanningsveld tussen de ruimte om opgeleid te worden, te leren en te studeren aan één kant; en de werkzaamheden die moeten worden verricht op de afdeling of polikliniek, aan de andere kant. We hebben wel geprobeerd de verhouding tussen leren en werken te verbeteren, en het aandeel van het zogenaemde “oneigenlijk werk” te verminderen, maar naar ik vrees met matig resultaat.

De structuur van de opleiding verschilt eigenlijk nog nauwelijks van die van de opleiding die ik zelf heb genoten in het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam. De assistent leert het vak door het te doen onder min of meer directe begeleiding van een min of meer ervaren kinderarts. Ik vrees dat de kwaliteit van de opleiding tot nu toe niet erg is verbeterd, en misschien zelfs achteruit is gegaan door een combinatie van een rigide werktijdenbesluit, part-time werken, relatief veel tijd die in avond- en weekenddiensten wordt doorgebracht, en daardoor minder tijd voor cursorisch onderwijs en wetenschap.

Ik ben er altijd een sterk voorstander van geweest om de parate kennis van de arts-assistent te verbeteren door een systeem van kennistoetsen, maar het is mij niet gelukt mijn collegae in het Concilium Paediatricum hiervan te overtuigen. Mijns inziens

kan studeergedrag alleen worden gestimuleerd door een zekere druk te leggen, zoals overigens waarschijnlijk bij ons allemaal. In de komende jaren wordt een ingrijpende herziening van de opleiding voorzien, en ik wens de huidige opleiders, Ram Sukhai en Frans Walther, veel succes om deze tot stand te brengen. De uitdaging is om de mooie doelen en idealen te rijmen met de weerbarstige praktijk.

Voor mij een jaarlijks terugkerend hoogtepunt was het kerstdiner in ons huis. Ik hoop dat de goede gewoonte dat zowel de assistenten, als de opleiders over actuele onderwerpen van de opleiding liederen ten gehore brengen, behouden blijft.

Van kinderkliniek naar Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum

Wat betreft de afdeling, is er veel veranderd. Tot 1995 waren kinderen opgenomen in de Kinderkliniek, het Neonatologisch Centrum in het gebouw van Verloskunde, kinderneurologie in het gebouw van Neurologie, en kinderheilkunde in het Heelkunde gebouw. Mijn voorganger, wijlen prof. Leo Jan Dooren, had voor de nieuwbouw voorzien dat al deze afdelingen waarin kinderen waren opgenomen gezamenlijk een Kinder- en Jeugdcentrum zouden vormen. Deze overgang is succesvol verlopen.

In het nieuwe gebouw konden we onze reeds vele jaren bestaande supraregionale functie op het gebied van beenmergtransplantatie en kinderhartchirurgie verder uitbouwen, en de regionale functie versterken voor vrijwel alle andere subspecialismen en complexe pathologie.

De vorming van een Kinder- en Jeugdcentrum maakte het ook mogelijk om faciliteiten voor alle kinderen te verwezenlijken.

Deze kinderdaktuin is een groot succes, maar het is niet altijd eenvoudig geweest dit te financieren. Op het moment dat het voortbestaan van de kinderdaktuin aan een zijden draadje hing, hebben twee verpleegkundigen van onze afdeling, Tony Neumann en Carolien Ellerbroek, een spectaculaire televisie actie opgezet, waarmee voor een aantal jaren de kosten konden worden gedekt. Wij kunnen hen daarvoor niet genoeg bedanken. Inmiddels lijkt de continuïteit gewaarborgd door de grote inzet van het Ronald McDonald Kinderfonds, de daktuinbeheerder Christine Deutekom en talloze vrijwilligers. Ook de KinderTelevisie functioneert fantastisch, eveneens dankzij een enthousiaste groep vrijwilligers en de coördinator Marianne van Gool. Het mooie van deze opzet is dat de kinderen zelf betrokken zijn bij het maken van televisie-programma's, dus programma's vóór en dóór kinderen. Bij al deze aspecten wil ik graag de grote bijdrage noemen van het Willem-Alexander Kinderfonds, dat op vele manieren de activiteiten van het Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum steunt.

Samenvatting

Dames en heren, ik heb in mijn rede gepleit voor een meerdimensionale benadering van de kindergeneeskunde, en mijns inziens geldt dat eigenlijk voor de gehele geneeskunde. Allereerst het kind als individu. De diagnostiek is natuurlijk in de eerste plaats gericht op de oplossing van het actuele probleem waarvoor het kind en zijn ouders de kinderarts bezoeken. Maar daarnaast is elk kind een boodschapper van een verstoring van de fysiologie, en kan op die manier helpen om ons begrip van de normale, fysiologische lichaamsprocessen te vergroten. De behandeling dient holistisch te zijn, dus niet beperkt te blijven tot een deelprobleem. Een groep kinderen is nodig om

onderzoek te doen, en daardoor bewijzen (evidence) te vinden voor de waarde van een bepaalde diagnostiek of behandeling. Jeugd, tenslotte, staat voor de hele populatie kinderen en jongeren in een bepaalde gemeente, regio, land of continent. Betrokkenheid van de kinderarts bij zowel wetenschappelijk onderzoek op populatieniveau, bijvoorbeeld incidentie-onderzoek, als bij screening en andere vormen van preventie, is mijns inziens noodzakelijk. Daarbij nog het laboratorium-onderzoek, en het medisch-ethisch onderzoek als respectievelijk een vierde en vijfde dimensie.

Tenslotte nog iets dat mij speciaal aan het hart gaat. Ik heb in mijn oratie in 1995 gepleit voor meer samenwerking van het LUMC met universitaire ziekenhuizen in ontwikkelingslanden, waarbij behalve uitwisseling van studenten ook allerlei andere vormen van samenwerking zouden kunnen ontstaan. Dat plan is helaas maar zeer ten dele gelukt. Ik hoop dat de huidige en toekomstige leiding van de afdeling kindergeneeskunde, en hopelijk ook het LUMC in het algemeen, alsook de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, een open oog en oor houdt voor de situatie in minder goed bedeelde landen.

Besluit

Zeer gewaardeerde toehoorders, Aan het einde van mijn rede gekomen, stel ik er prijs op nog enige persoonlijke woorden te spreken.

Leden van het College van Bestuur van de Universiteit en van de Raad van Bestuur van het LUMC: Ik dank U voor de steun die ik heb mogen ontvangen in de afgelopen 13 jaar. Ik hoop dat het U zal lukken de bureaucratie, waar vrijwel elke grote organisatie aan lijdt, tot redelijke proporties terug te brengen.

Dames en heren professoren en overige wetenschappelijke medewerkers: Ik dank U hartelijk voor de goede samenwerking die ik met velen van U heb gehad. Ik wens U succes bij uw toekomstige werkzaamheden. Het LUMC is gekenmerkt door goede onderlinge verhoudingen, zeker op wetenschappelijk gebied, en ik vertrouw erop dat dit behouden zal blijven.

Dames en heren medewerkers van het Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum: Ik dank u allen voor de prettige samenwerking en de hulp en steun die ik heb ontvangen. Ik dank speciaal Robert Holl voor de constructieve samenwerking en de toezegging dat ik voor de komende 5 jaar aan de afdeling verbonden kan blijven voor de begeleiding van de promovendi en de fellows kinderendocrinologie.

Hooggeleerde Verloove-Vanhorick, beste Pauline: Ik had het al voorspeld in mijn oratie, en het is ruimschoots uitgekomen: we hebben zeer goed samengewerkt. Ik dank je hartelijk daarvoor, en ik hoop dat we ook in de komende jaren elkaar zullen blijven ontmoeten.

Dames en heren studenten: Het was steeds een genoegen om met u te spreken en te proberen een bijdrage te leveren aan uw opleiding.

Ik dank mijn secretaresse Mirjam Vollebregt, voor haar enorme inzet en de altijd plezierige aanwezigheid. Mirjam, je vervult een belangrijke spilfunctie in de afdeling, en het was een groot genoegen met je te mogen werken.

Lieve moeder: Veel dank voor uw continue steun.

Lieve Martijn, Olaf en Marlene: Jullie zijn nu allemaal jong volwassenen en volgen jullie eigen wegen. Ik hoop dat ik in de komende jaren jullie ontwikkeling verder mag meemaken, en ik heb er zeker meer tijd voor dan tevoren.

Lieve Birgit: Langzaam maar zeker verschuift de verhouding werk-gezin, en de uren die we samen doorbrengen nemen alsmaar toe. Ik ben dankbaar dat ik je toen in Chili heb gevonden en dat je het ondanks mijn ernstige werkverslaving met me hebt uitgehouden. Ik hoop dat we nog lang van elkaar mogen genieten.

Dames en heren, ik dank u allen voor uw aandacht. Ik heb gezegd.

In deze reeks verschijnen teksten van oraties en afscheidscolleges.

Meer informatie over Leidse hoogleraren:
Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl

PROF.DR. J.M. WIT



- 1972-1975 specialisatie kindergeneeskunde in het Sophia Kinderziekenhuis
- 1976-1978 specialisatie pediatrische endocrinologie
- 1978-1981 werkzaam als kinderarts in Dominica
- 1981-1993 werkzaam als pediatrisch endocrinoloog en hoofd afdeling kinderendocrinologie aan het Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht
- 1986 promotie op het proefschrift *Responses to growth hormone therapy*
- 1994-2006 hoogleraar kindergeneeskunde in Leiden

Als onderzoeker en docent ben ik altijd gefascineerd geweest door de regulatie van de groei van het kind. Op klinisch niveau gaat het o.a. om het zoeken naar de oorzaak van nog onbegrepen groeistoornissen, de achtergrond van het verschijnsel “inhaalgroei”, effecten van groeistoornissen op de kwaliteit van leven en de meest effectieve en doelmatige diagnostiek en behandeling ervan. Op populatieniveau is het verschijnsel “seculaire trend” fascinerend, de toename van de gemiddelde lengte. Met basaal onderzoek kan worden gekeken naar de (patho)fysiologische aspecten van de lengtegroei, zoals de secretie van hormonen in de circulatie en de fascinerende regulatieprocessen binnen de groeischijf.



Universiteit Leiden