NOVEMBER 2024 - EDITIE #62

JA!

JEUGDARTSEN NEDERLAND

AJN
JEUGDARTSEN NEDERLAND

PREVENTIE EN SCREENING

VROEGE OPSPORING BIJ PASGEBORENEN:

Een blik op 50 jaar hielprik – en de toekomst

'JEUGDARTSEN HEBBEN UNIEKE EXPERTISE, DIE WE MOETEN LATEN ZIEN'

Henrike ter Horst over haar werk in de JGZ en bij het RIVM

VERANDERINGEN IN HET RIJKSVACCINATIEPROGRAMMA

Programmamanager Jeanne-Marie Hament geeft uitleg

Antwoorden op vragen van ouders vind je bij het Voedingscentrum.

Als jeugdarts herken je bovenstaande vraag waarschijnlijk wel. Neem eens een kijkje op de website van het Voedingscentrum, speciaal voor JGZ-professionals. Daar vind je praktische informatie en gratis ondersteunende materialen, om jou als JGZ-professional te helpen bij het beantwoorden van vragen van ouders. Benieuwd geworden? Ga naar **www.voedingscentrum.nl/jgz**

Benieuwd naar het antwoord op de vraag hierboven?
Scan de QR-code.

eerlijk over eten
Voedingscentrum

Wat vertel jij?

Als je in slechts één woord moet samenvatten wat de jeugdgezondheidszorg doet, wat zeg je dan? Preventie? En als je een hele zin mag gebruiken? Bijdragen aan gezond, veilig en kansrijk opgroeien? Alle kinderen in beeld? Zelf combineer ik deze twee en vat zo onze kernopdracht samen. Als ik iets langer de tijd krijg, neem ik het hele Basispakket JGZ ter hand, om te vertellen met welke elementen van zorg wij dan bijdragen aan de jeugdgezondheid. Om vervolgens – ik praat graag – vol trots de vervolgstap te maken naar het Landelijk Professioneel Kader, waarin wordt beschreven hóe deze zorg wordt aangeboden. Vol trots, omdat het hier gaat om aansluiten bij de behoefte. Maatwerk. Graag ver weg blijven van een standaard aanbod, maar wel met behoud van preventie voor de hele groep jeugdigen. Een belangrijke en uitdagende opdracht.

‘Blijf je verhalen vertellen over onze impact’

In deze JA! zie ik preventie als kern van onze zorg en screening als één element daarvan. Met de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma leveren we direct een belangrijke bijdrage aan preventie van infectieziekten. Goed meetbaar en in het onderzoek ‘Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg’ (2012) ook beoordeeld als hetgeen waarmee de grootste bijdrage in gezondheidswinst wordt geleverd. Maar ook onze screening op amblyopie, niet-scrotale testis, hartafwijkingen, taalontwikkelingsstoornissen en perceptief gehoorverlies leiden tot substantiële besparingen in de zorg.

En daarnaast doen we dus nog zoveel meer! In ‘Investeren in opvoeden en opgroeien loont!’ (2015) worden andere elementen van de JGZ meegenomen, met als conclusie: ‘Vroegtijdig ingrijpen is beter dan interveniëren op latere leeftijd. Preventieve interventies bij beginnende problematiek zijn goedkoper dan later ingrijpen.’ De vraag blijft: wanneer valt nu dit kwartje – figuurlijk en vervolgens letterlijk – bij onze overheid?

Blijf – naast het uitvoeren van je werk – vooral je verhalen vertellen over onze impact. Samen maken we de beweging van curatie naar preventie.

Petra de Jong, voorzitter AJN Jeugdartsen Nederland

Colofon

JA! magazine van AJN Jeugdartsen Nederland
ISSN: 1873-8346
EDITIE: 2024 #62

AJN JEUGDARTSEN NEDERLAND

HOOFDREDACTEUR: Henrike ter Horst
EINDREDACTIE: Vrhl Content en Creatie (in opdracht van Elma Media BV)
REDACTIECOÖRDINATIE: Ginette Vink

AAN DIT NUMMER WERKTEN MEE:
Eric Kampherbeek, Sigrid Hendriks, Myra Langeberg, Rebecca Looijen, Kelli Tiggelman, Myrna Linders, Sietske Beelen, Maartje Verhoeven, Marianne Almaç-Linthorst

COVER:
Beeld: Eric Kampherbeek

ART DIRECTION/SALES:
Elma Media BV,
Silvèr Snoek Salesmanager, s.snoek@elma.nl
Postbus 18, 1720 AA Broek op Langedijk
T: 0226 331 600, I: www.elma.nl

ABONNEMENT: Alle AJN-leden ontvangen JA! Niet-leden kunnen losse nummers bestellen via secretariaat@ajnjeugdartsen.nl.

MARKTVISIE: Advertenties, advertorials en pagina’s Marktvisie vallen niet onder de verantwoordelijkheid van de redactie.

RECHTEN: Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden overgenomen zonder schriftelijke toestemming en bronvermelding van de uitgever.

SECRETARIAAT/CONTACT AJN:
Churchillaan 11, 7e etage
3527 GV Utrecht, T: 0854 894 980
ja@ajnjeugdartsen.nl
www.ajnjeugdartsen.nl
www.facebook.com/jeugdartsennederland
www.twitter.com/jeugdartsen
www.linkedin.com/company/ajn-jeugdartsen-nederland/

INHOUDSOPGAVE

06

Jeugdarts aan 't woord

Henrike ter Horst maakte de overstap van de JGZ naar het RIVM. Waarom koos ze hiervoor? En hoe ziet ze de toekomst van jeugdartsen?

12

Thema

Nieuwe ontwikkelingen binnen het Rijksvaccinatieprogramma vragen om flexibiliteit en aanpassingsvermogen van JGZ-ers. Zijn al die veranderingen echt noodzakelijk? En hoe komen ze eigenlijk tot stand?

22

Blik van buiten

Annet Bosch (kinderarts metabole ziekten) en Hanka Dekker (directeur van de VKS) vertellen over het belang van de hielprik en de uitbreiding van de screening.

28

Uit de praktijk

Wanneer een kind niet meer groeit, terwijl dit wel de verwachting is, kunnen eerdere contactmomenten met de JGZ van groot belang zijn.

31

Onderzoek

Er komen steeds meer behandelmogelijkheden voor kinderen met gehoorproblemen. Kno-arts Ronald Pennings geeft uitleg.

34

Samen beter

Bij serologisch onderzoek HepB werken veel partijen samen, maar niet altijd even efficiënt. Een nieuwe werkwijze maakt het proces eenvoudiger.

Verder in dit nummer

03 Voorwoord
17 Kort nieuws
20 Feiten en cijfers
37 Column Jeugdarts Next Level
38 Recensies

'Jeugdartsen moeten hun unieke expertise voor het voetlicht blijven brengen'

Na jaren binnen de JGZ maakte Henrike ter Horst de overstap naar het RIVM. Een logische carrièremove: 'Alles komt hier voor mij bij elkaar, in dit werk kan ik al mijn talenten en creativiteit kwijt.'

Tekst: Henrike ter Horst
Beeld: Eric Kampherbeek

Wat houdt jouw werk als medisch adviseur bij het RIVM precies in?
'We houden ons bezig met 3 preventieve programma's: het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), de neonatale hielprikscreening (NHS) en screening van zwangeren (PSIE). In mijn dagelijks werk besteed ik een deel van mijn tijd aan het RVP. Ik heb veel contact met de JGZ, maar ook met twijfelende ouders. Daar ben ik natuurlijk vertrouwd mee. Mijn aandachtsgebied ligt landelijk bij de NHS. Ik houd me een groot deel van mijn tijd bezig met de organisatie, inhoud en kwaliteit van de uitvoering van de hielprikscreening. Alles is strak georganiseerd, want er kan snel iets misgaan. De hielprik wordt gedaan op dag 4 of 5 na de geboorte en is een secure bezigheid: er moet niet te veel bloed op de hielprikkaart komen en zeker ook niet te weinig. Dan zijn de resultaten niet goed te beoordelen en moet de hielprik opnieuw. Dat wil je niet voor zo'n kleintje.'

Wie is...

Henrike ter Horst (48) studeerde 1 jaar gezondheidswetenschappen in Maastricht en vervolgens geneeskunde in Nijmegen. Ze werkte als arts-assistent kindergeneeskunde in het ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede en als jeugdarts bij GGD Gelderland Midden. Henrike specialiseerde zich in het Rijksvaccinatieprogramma, met name voor nieuwkomers. Van 2013-2021 was ze actief lid van AJN Jeugdartsen Nederland, waarvan 6 jaar in het landelijk bestuur. Ook was ze actief in verschillende landelijke commissies en werkgroepen, zoals de commissie Pleitbezorging van de NVK en de werkgroep Wiegendood van Veiligheid NL. Sinds september 2021 werkt Henrike als medisch adviseur bij het RIVM. Hier houdt ze zich vooral bezig met de hielprikscreening en het Rijksvaccinatieprogramma. Henrike woont in Arnhem, samen met haar man Patrick en 3 zoons: Sam, Mees en Thom. Ze is gasthoofdredacteur van deze JA!

'Screening heeft altijd nadelen. Dit moeten we ons blijven realiseren'

De NHS bestaat 50 jaar: een jubileum!
'We zijn trots op deze mijlpaal. Tegelijkertijd blijven we bezig met verbetering en uitbreiding. Even achterover leunen is er niet bij. Er komen steeds meer mogelijkheden om ziekten vroeg op te sporen, bijvoorbeeld met DNA-onderzoek. Hieraan kleven ethische dilemma's: wil je alles weten wat mogelijk is? Wil je ook screenen op niet-behandelbare ziekten? Met deze vragen houden we ons ook bezig. We werken samen met verschillende centra binnen het RIVM en met professionals daarbuiten, zoals kinderartsen die gespecialiseerd zijn in de ziekten waarop we screenen. Dit doen we op landelijk niveau, maar ook op individueel kindniveau bij een afwijkende uitslag. We begeleiden de verwijzingen na een afwijkende hielprikuitslag via de huisarts naar de kinderarts. Deze acute situaties hebben veel impact op ouders, ook als blijkt dat hun kind niét ziek is.'

Hoe ga je om met die keerzijde?
'Screening heeft altijd nadelen. Je screent voor het goede doel, en toch weet je als ouder eigenlijk niet wat je te wachten staat bij een afwijkend resultaat. Dat is heftig. Een mooie quote hierover is van Muir Gray: 'All screening programs do harm. Some do good as well and, of these, some do more good than harm at reasonable cost.' Ik vind dat we ons dit altijd moeten blijven realiseren. Het preventieve aspect brengt per definitie met zich mee dat je toch niet altijd álles kan voorkomen. Het leven is niet maakbaar. Dat levert uiteraard weleens vraagstukken op. Ethische discussies zijn nooit ver weg. Ook dat maakt dit programma boeiend en interessant. In deze functie komt voor mij alles samen, ik kan mijn talenten en creativiteit hierin kwijt. Als jeugdarts had ik relatief weinig met de hielprik te maken. Uiteraard heb ik kinderen gezien met een ziekte die opgespoord was door de hielprik. Maar vaker moet ik ongewis een kind gezien hebben dat wél een afwijkende screening had, maar uiteindelijk niet de ziekte. Inmiddels weten we uit het PANDA-onderzoek* dat de impact daarvan óók groot is: ouders melden zich vaker bij zorgverleners en zijn vaker onzeker. Het is goed om daar als jeugdarts aandacht voor te hebben!'

Hiervoor werkte je lang als jeugdarts, hoe kwam de overstap tot stand?
'Ik vond de spreekuren steeds zwaarder worden, elke 20 minuten opnieuw opladen en alle voelsprieten uit. Dat brak me op. Ik ben een paar keer langdurig uitgevallen en heb daarvan geleerd. De gejaagdheid van het consultatiebureau, de continue prikkels, het paste niet meer. Ik leer nu om dat meer te kanaliseren. Ik sprak hier eens over met onze fantastische collega Mascha Kamphuis, die zei: 'Van ziel en zaligheid naar ziel en zakelijkheid'. Die zin herhaal ik sindsdien vaak voor mezelf. Het helpt me om grenzen te stellen, om meer naar mezelf te luisteren. Ik heb een groot verantwoordelijkheidsgevoel. Dat is een groot goed, maar zeker ook een valkuil – die ik inmiddels vaker weet te vermijden.'

Je wist tijdens je coschappen al dat je jeugdarts wilde worden, toch werkte je eerst een paar jaar in het ziekenhuis. Wat zijn belangrijke lessen uit die periode?
'Tijdens mijn opleiding vond ik kindergeneeskunde het leukste vak. Toch wist ik, na het coschap jeugdgezondheidszorg bij de GGD in Nijmegen, dat ik uiteindelijk liever buiten het ziekenhuis wilde werken. De preventieve kant van de JGZ, het laagdrempelige contact met ouders en vooral ook het maatschappelijke element trokken mij erg aan. Ik wilde heel graag klinische ervaring opdoen. In Ede mocht ik 2 jaar alles doen, een fantastische tijd! Met een aantal andere arts-assistenten kregen we alle vrijheid om het vak van dokter te leren. Op de couveuseafdeling, de boxenafdeling voor de oudere kinderen en op de poli, overal liepen we rond en konden we ervaring opdoen. De beste eerste baan die ik me kon voorstellen.'

> 'Ik zou de talenten van jeugdartsen ook graag op andere plekken willen inzetten'

Na 2 jaar werd je dus alsnog jeugdarts, hoe heb je die tijd ervaren? En hoe zie jij de toekomst van de jeugdarts?
'Toen ik startte bij de JGZ in Ede was er nog geen echte opleiding. Dus je begon gewoon mee te lopen, en op een gegeven moment deed je het zelf. Je moest voor veel zaken de huisarts inschakelen, die lang niet altijd welwillend was. Er was nog geen sprake van rechtstreeks verwijzen. Veel vlieguren maken, dat is nodig om te leren varen op je niet-pluis-gevoel. Op een gegeven moment had ik die vlieguren wel gemaakt en wilde ik meer.
Ik zie dat veel jeugdartsen nog alleen in de spreekkamer zitten. Terwijl ik liever ieders talenten ook op andere plekken zou willen inzetten. Het kan ook anders, daar zijn gelukkig goede voorbeelden van. De AJN laat al jaren haar gezicht veelvuldig zien binnen de wereld van jeugdgezondheid, dat is en blijft nodig! Ook een initiatief als Jeugdarts Next Level laat zien dat ons vak verre van eentonig is en dat er veel expertise is, binnen én buiten de spreekkamer. De veelheid aan JGZ-organisaties en de soms erg verschillende werkwijzen zie ik nu van een afstandje heel duidelijk. Dat werkt niet altijd even efficiënt en effectief, denk ik. Reden te meer om als jeugdartsen een sterke naam te hebben en de unieke expertise blijvend voor het voetlicht te brengen!'

*Scan de QR-code voor meer informatie over de PANDA-studie.

Veilig Opgroeien aanpak

Van beschermen naar versterken

Ouders onderschatten vaak hoe snel en ondernemend hun kind is.
Met de Veilig Opgroeien aanpak help je hen de 7 mijlpalen in de ontwikkeling te herkennen – momenten waarop het vaak misgaat. Geef ouders gericht advies om hun kind te beschermen én te versterken. Zo werken we samen aan het voorkomen van ongevallen.

Geef de Veilig Opgroeien uitvouwkaart aan ouders

Een handige kaart voor ouders, met een overzicht van de 7 mijlpalen en bijbehorende tips en adviezen.

Download het Veilig Opgroeien schema

Gebruik dit praktische schema tijdens consulten om snel de mijlpalen, signalen en adviezen te bespreken.

Verwijs ouders naar de Mijlpalen-check

Een online tool op **kinderveiligheid.nl** waarmee ouders zelf inzicht krijgen in de komende mijlpaal, inclusief gerichte adviezen.

Deel onze 'De 4 van...' adviezen

Dit zijn korte, praktische tips over veiligheidsthema's als veilig slapen, mee in de auto of op de fiets. Beschikbaar in 11 talen.

veiligheid.nl
kenniscentrum letselpreventie

Ontdek de volledige aanpak via
veiligheid.nl/veiligopgroeien

De Veilig Opgroeien aanpak

Van beschermen naar versterken

Jonge kinderen zijn sneller en ondernemender dan veel ouders denken. Om ernstig letsel te voorkomen is goede voorlichting van groot belang. Daar ligt een taak voor JGZ-professionals. Om hen hierbij te ondersteunen heeft VeiligheidNL, het kennis-centrum voor letselpreventie, de Veilig Opgroeien aanpak ontwikkeld.

Elke dag belanden er 500 kinderen met letsel op de eerste hulp door bijvoorbeeld een val of een ongelukje met hete thee. Het voorkomen hiervan begint met voorlichting aan ouders. Ter ondersteuning van de JGZ is er de Veilig Opgroeien aanpak. Daarmee kunnen JGZ-professionals ouders helpen de 7 mijlpalen in de ontwikkeling van hun kind te leren herkennen. Om ver-volgens passend advies te geven hoe ouders hun kind kunnen beschermen en versterken. Mieke Cotterink, expert Kinder-veiligheid bij VeiligheidNL, vertelt: 'Een goede balans tussen het beschermen en versterken van een kind is cruciaal. Vallen hoort er ook gewoon bij. Het gaat dus niet alleen over risico's vermijden, maar ook over met risico's leren omgaan.'

Motorische en cognitieve mijlpalen

De 7 mijlpalen zijn belangrijke momenten in de ontwikkeling van een kind. Dat is niet voor niets. 'Het zijn ook de momenten waarop er iets mis kan gaan', vertelt Mieke. De eerste 5 mijlpalen (omrollen, tijgeren, kruipen, staan en lopen) zijn motorische ontwikkelingen. De laatste 2 (regels herkennen en afspraken maken en omgaan met risico's) zijn meer gericht op de cogni-tieve ontwikkeling. Speciaal voor de JGZ is het Veilig Opgroeien schema ontwikkeld. 'Het is een handig hulpmiddel waarmee je tijdens een consult met ouders kunt bespreken welke mijlpaal eraan komt en hoe ze deze herkennen. Via onze website is ook de Veilig Opgroeien uitvouwkaart te bestellen om mee te geven.'

Handige materialen

De aanpak is samen met JGZ-professionals en ouders ontwik-keld. Mieke: 'We begrijpen dat er weinig tijd is tijdens een consult en willen hiermee de JGZ ondersteunen. De aanpak en materialen helpen om op een laagdrempelige manier veilig-heidsvoorlichting te geven. En als er écht geen tijd is, dan is er altijd nog de Mijlpalencheck op onze de website speciaal voor ouders: kinderveiligheid.nl.'

Aan de slag met de Veilig Opgroeien aanpak?
Kijk op veiligheid.nl/veiligopgroeien

Branded content

Achter de schermen bij het Rijksvaccinatie-programma

‘De veranderingen lijken misschien futiel, maar zijn dat zeker niet’

Het Rijksvaccinatieprogramma bestaat inmiddels bijna 70 jaar en is uitgegroeid tot een programma waaraan velen elke dag werken. De laatste jaren gebeurt er veel. Nieuwe ontwikkelingen en veranderingen die flexibiliteit en aanpassingsvermogen vragen van JGZ-ers en RIVM-ers. Hoe komen die veranderingen tot stand? Gasthoofdredacteur Henrike ter Horst vroeg het aan Jeanne-Marie Hament, programmamanager Rijksvaccinatieprogramma en arts Maatschappij + Gezondheid.

Tekst: Henrike ter Horst

Het uitvoeren van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) speelt een belangrijke rol in het werk van de jeugdarts. Dit jaar is de rotavirus-vaccinatie toegevoegd en per 1 januari 2025 gaat een nieuw vaccinatieschema in. Hament legt uit: ‘De RVP-schemawijzigingen en de RSV-immunisatie staan voor de deur. Achter de schermen bij het RIVM gebeurt van alles om een verandering binnen het RVP te realiseren. Het begint met de nieuwe vaccinontwikkelingen. Indien er een vaccin beschikbaar komt dat voor de volksgezondheid betekenisvol kan zijn, vraagt het ministerie van VWS de Gezondheidsraad om advies. De Gezondheidsraad heeft 5 leidende criteria op basis waarvan zij met elkaar beoordelen of de vaccinatie van toegevoegde waarde is voor een publiek programma. Met andere woorden: welke vaccinatie komt gratis beschikbaar voor de doelgroep.’

Van onderhandelen tot testen

‘Voordat het vaccin in de koelkasten bij de jeugdgezondheidszorg ligt, moeten we door vele hoepels springen’, gaat Hament verder. ‘Dit klinkt misschien niet zo serieus, maar het voelt soms echt zo. Onderhandelingen over de randvoorwaarden met de koepels, het inkopen van de vaccinaties, de snelheid van de processen om de registratie in orde te krijgen, het maken en testen van de communicatiematerialen… dat zijn processen waarbij veel mensen en belangen betrokken zijn. Dit vraagt veel afstemming en dus ook veel tijd. We beginnen met het schrijven van een implementatieplan, maar soms gaat hier nog een verkenningsrapportage aan vooraf. We stemmen de plannen af met de koepels en stakeholders.’

Ingrijpende veranderingen

Ieder implementatieplan is volgens Hament anders dan het vorige. ‘Om maar een voorbeeld te noemen: soms wil je veel aandacht en zet je vol in op communicatie, zoals bij de HPV-vaccinatie. De voorbereidingen voor de publiekscampagne – de vormgeving ervan, in samenwerking met de doelgroepen – kostte ruim een jaar. Of bij de implementatie van de RVP-schemawijzigingen: daar moeten veel organisaties hun werkwijze op aanpassen. Zulke ingrijpende veranderingen kunnen niet gerealiseerd worden zonder goede afstemming. Hierbij gaan we niet over één nacht ijs. Als laatste voorbeeld: er kunnen meerdere producenten een vaccin aanbieden voor hetzelfde ziektebeeld en dezelfde doelgroep. In zo’n geval

moet je een aanbesteding starten; dat kost minimaal een half jaar. En zo kan ik nog meer hobbels noemen, die uiteindelijk allemaal goed genomen moeten worden om tot een succesvolle verbetering te komen. Want daar gaat het om: het nog beter maken van de volksgezondheid, in ons geval die van zuigelingen en kinderen.'

Energie

Op de vraag of ze nooit gefrustreerd raakt van al die hobbels op de weg, antwoordt Hament: 'Gelukkig werk ik met heel veel deskundige en leuke collega's op het RIVM, onder wie medisch adviseurs, een team beleidsmedewerkers, onderzoekers, epidemiologen en artsen infectieziektebestrijding. We doen dit werk met elkaar en we nemen de hindernissen ook samen. Het geeft enorm veel voldoening om iets wat eerst alleen maar toekomstmuziek lijkt, uiteindelijk landelijk uitgerold te zien worden. En niet te vergeten: ik heb veel contact met voormalige en nieuwe collega's bij de JGZ, ook daar krijg ik energie van. Professionals, die met mooie ideeën en vragen komen. Ik ben van nature een optimist en raak niet snel gefrustreerd, heb ik inmiddels gemerkt.'

Belangrijke veranderingen

Collega's in het veld uiten zorgen over de RVP-schemawijzigingen. Hoe kijkt Hament hier tegenaan? 'Ik begrijp dat het veel van de organisaties en mensen vraagt. Er moeten consulten worden aangepast. Het duurt lang voordat alle cohorten in lijn lopen. En het vraagt ook flink wat kennis over het oude en het nieuwe schema. De veranderingen lijken misschien futiel, maar dat zijn ze niet. We monitoren veel binnen het RVP, zo goed als dat kan. Natuurlijk is het uitroeien van infectieziekten niet enkel afhankelijk van het RVP of wat er in Nederland gebeurt. Daarom werken we ook nauw samen met internationale partners als ECDC en WHO. Ook het nieuwe schema zal bijdragen aan minder ziektelast door infectieziekten, dat proberen we met een optimaal programma te bereiken.'

Hoe wordt er met veranderingen in het Rijksvaccinatieprogramma in de praktijk omgegaan? Vijf professionals vertellen.

Emilie Ruiter en Esther Kramer JGZ GGD Gelderland-Zuid:

'Voor onze organisatie hebben de wijzigingen grote impact. Met name de verandering van 3-9 jaar naar 5-6 jaar en een aantal jaren een BMR-inhaalcampagne regelen, zijn organisatorisch en financieel een behoorlijke uitdaging. We onderzoeken diverse scenario's, waaronder een contactmoment op het consultatiebureau voor deze leeftijdsgroep, in combinatie met het gezondheidsonderzoek. Op die manier kun je alle ouders zien, ook van nog niet gevaccineerde kinderen. Wij hebben al een contactmoment met 12 maanden in plaats van 11 maanden, dus daar verandert voor ons niets. We maken ons wel ongerust over de opkomst voor de vaccinatie als die verschuift van nu bijna 4 jaar naar 5 jaar. Voor ouders is de binding met de JGZ dan toch minder dan in de consultatiebureauperiode. Ditzelfde geldt ook weer voor de verschuiving van DTP naar 14 jaar. Veel jeugdigen komen dan zonder ouders en we zien nu ook een lagere opkomst bij die leeftijdsgroep. Wat gaat dat doen met de vaccinatiegraad voor DTP? Om alle wijzigingen op te pakken, zijn we een projectgroep gestart. Deze groep kijkt JGZ-breed, niet alleen naar het vaccineren, maar naar het hele JGZ-proces in het basisonderwijs. We overleggen in de regio met onze buren: kunnen we gezamenlijk werkbare opties vinden? We maken opties bespreekbaar, ook al lijken ze niet mogelijk. Als ze niet op tafel komen, weet de ander er niet van. Gezamenlijk met de professionals van de werkvloer werken we deze opties uit, zodat we draagvlak creëren.'

Martin Bos
Vaccinbeheerder bij RIVM-DVP Noordoost:

'Voldoende vaccins in de koelkasten bij de jeugdgezondheidszorg, het lijkt vanzelfsprekend! Hierachter gaat een wereld schuil van vaccinbeheer en planning. Het begint met de inkoop van vaccins door het RIVM. Dit gaat via Europese aanbestedingen en duurt vrij lang. Als er ingekochte vaccins zijn besteld, kan de levering ook nog even duren; de productie duurt maanden. Geleverde vaccins worden centraal opgeslagen en wekelijks geleverd aan de 3 regiokantoren van DVP. Op de regiokantoren worden de vaccins opgeslagen in gevalideerde koelcellen en vervolgens naar de consultatiebureaus en groepsvaccinatie-locaties vervoerd. De temperatuur van de koelcellen en de koelwagens wordt 24/7 gemonitord, zodat er in het geval van temperatuurproblemen direct actie ondernomen kan worden. Door deze monitoring kunnen we aantonen dat de 'koude keten'– vanaf het moment dat het vaccin geleverd is door de fabrikant tot het moment van levering in de koelkasten bij de JGZ – niet is doorbroken. Om ervoor te zorgen dat er altijd voldoende vaccins in de koelkasten liggen, controleren we een aantal keren per jaar of het verbruik is veranderd. Op basis van die gegevens passen wij de aantallen aan. Ook de locaties zelf kunnen waar nodig bijsturen, we weten elkaar te vinden en dat zorgt voor een prettige samenwerking.'

Machteld Boel-Rijken Medisch adviseur bij het RIVM:

'Als medisch adviseur binnen het Rijksvaccinatieprogramma staan we vaak tussen de wetenschap en de praktische uitvoering in. Politieke beslissingen moeten vertaald worden naar de praktijk. Dit kan best lastig zijn. De schemawijzigingen zijn een voorbeeld van deze complexe vertaalslag. Medisch gezien is het nieuwe schema duidelijk beter dan het oude; kinderen bouwen door de nieuwe intervallen een betere en langdurige immuniteit op. Maar in de praktijk brengt het veel uitdagingen met zich mee om deze veranderingen door te voeren. Als medisch adviseurs zetten we ons in om deze transities zo soepel mogelijk te laten verlopen. Binnen het RIVM wordt een projectgroep opgericht, waarbij de medisch adviseur verantwoordelijk is voor de medische inhoud. In samenwerking met jeugdartsen en JGZ-organisaties ontwikkelen we een nieuwe richtlijn. Ook internationale expertise nemen we hierin mee. Daarnaast maken we materialen voor deskundigheidsbevordering, zoals e-learnings en PowerPoint-presentaties, voor JGZ-professionals. Zodat zij goed geïnformeerd en voorbereid zijn om ouders en kinderen te adviseren over het RVP. De JGZ-professionals kunnen altijd met hun vragen en zorgen bij ons terecht. We willen hierin zo laagdrempelig mogelijk zijn. De signalen uit het werkveld die JGZ-professionals naar ons terugsturen, zijn erg belangrijk voor een soepele implementatie. Zo dragen we gezamenlijk bij aan een succesvolle uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma en daarmee aan de gezondheid van onze samenleving.'

Oxana Moustafaeva Arts Maatschappij + Gezondheid/Jeugdgezondheidszorg GGD Amsterdam:

'De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Amsterdam biedt zorg aan kinderen en ouders op maat. Gericht kijken naar de benodigde zorg en aansluiten bij de behoeften van kind en ouders in de wijk staat bij de huidige werkwijze in de JGZ centraal. We werken met dynamische contactmomenten (DCM). Dat betekent dat in elk consult in samenspraak met ouders wordt gekeken naar wat wenselijk of nodig is voor een vervolgcontact en in welke vorm. De uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is volledig geïntegreerd in de JGZ-processen. Ook met de RVP-schemawijzigingen per 1 januari 2025 blijven we de vaccinaties laagdrempelig aanbieden zodat het bijdraagt aan het behouden of verhogen van de vaccinatiegraad. Een voorbeeld hiervan is de gekozen werkwijze bij de wijziging van BMR-2 van 9 jaar naar 3 jaar. Voor kinderen die een DCM of een contactmoment op indicatie tussen 2,5 en 3,5 jaar hebben staan, wordt een BMR-2 vaccinatie in dit al geplande contactmoment aangeboden. Deze kinderen hoeven dan niet 'extra' uitgenodigd te worden voor een apart vaccinatiecontactmoment. Als met ouders eerder afgesproken DCM of contactmoment op indicatie buiten de bandbreedte van 2,5 en 3,5 jaar valt, wordt het kind rond de 3e verjaardag alleen voor een BMR-2 vaccinatie uitgenodigd. Met deze werkwijze sluiten we aan op de RVP-richtlijnen en het Landelijk Professioneel Kader (LPK).'

Invoering nieuw vaccinatieschema?
Leer van elkaar via het AJN-forum!

Wat betekent de invoering van het nieuwe vaccinatieschema voor jouw organisatie? Welke aanpassingen zijn nodig? Welke obstakels kom je tegen? Of heb je een goede manier gevonden om dit te organiseren? Deel je ervaring, best practices of vraag, met je collega's via het AJN-Forum!

Zo hoeven we niet allemaal zelf het wiel uit te vinden.

Nutrilon Nutriton
is terug!

Receptuur, dosering en bereidingswijze zijn ongewijzigd

Nutrilon Nutriton onderscheidt zich*:

- ✓ **30%** johannesbroodpitmeel per 100g
- ✓ Geschikt voor gebruik bij een **koemelkallergie**

NUTRICIA

*In vergelijking met (soortgelijke) voeding voor medisch gebruik op basis van johannesbroodpitmeel zoals verkrijgbaar in Nederland mei 2024. Borstvoeding is de beste voeding. Nutrilon Nutriton is een voeding voor medisch gebruik. Nutrilon Nutriton is een dieetvoeding bij spugen om toe te voegen aan borst- en flesvoeding. Uitsluitend te gebruiken onder medisch toezicht.Deze informatie is uitsluitend bedoeld voor (para)medici. Nutricia Nederland Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer

3FM Serious Request in actie voor Metakids

3FM Serious Request zamelt dit jaar geld in voor Metakids. In de week van 18 t/m 24 december zitten 3 dj's in het Glazen Huis in Zwolle. Hier zetten ze zich, samen met heel Nederland, dag en nacht in om zoveel mogelijk geld in te zamelen. Dit doen ze door 24 uur per dag live radio te maken en – in ruil voor donaties – verzoekplaten te draaien. Metakids is een kleine, transparante organisatie met een groot doel: strijden voor een wereld waarin metabole ziekten behandelbaar of te voorkomen zijn en waar geen kind meer komt te (over)lijden aan een metabole ziekte.

ONTIME-project: vroegsignalering van metabole ziekten

In 2025 start het ONTIME-project, gericht op vroegsignalering van metabole ziekten. Een grote subsidie (1,2 miljoen euro) van de Postcode Loterij aan MetaKids maakt dit mogelijk. Metabole ziekten zijn de meest dodelijke ziekten onder kinderen in Nederland. Vroegsignalering is dus van levensbelang, maar ook ingewikkeld omdat vroege symptomen vaak aspecifiek zijn. ONTIME zet in op nieuwe kennis over vroege signalen, versterkte bewustwording door educatieprogramma's en een gestandaardiseerde verwijsroute vanuit de jeugdarts naar kinderartsen en metabole laboratoria. Jeugdarts en hoofdonderzoeker Roselin van der Torren: 'ONTIME is uniek omdat jeugdartsen vanaf het begin van de subsidieaanvraag bij het project betrokken zijn. Sigrid Hendriks en ik vertegenwoordigen de AJN via de commissie Zorg voor Zeldzaam. Dit maakte het mogelijk om grote onderzoeks- en beleidsvragen vanuit de JGZ in het projectplan te verwerken. ONTIME gaat een kwaliteitsslag maken in de toeleidingsroute en zorgen voor eerdere ondersteuning voor kind en gezin. Met de JGZ als belangrijke schakel!'

Voorkomt screening op scoliose operaties?

Jeugdarts en promovenda Ester Rijks doet de komende jaren onderzoek naar screening op scoliose binnen het project ScolioScreen. Orthopedisch chirurg Eva Jacobs en jeugdarts Rianne Reijs hebben deze studie geïnitieerd vanuit Maastricht UMC+ en CAPHRI. Op dit moment is het nog niet wetenschappelijk bewezen of deze screening nut heeft, maar over een paar jaar waarschijnlijk wel. De onderzoekers vermoeden dat deze screening zinnig is en dat zou kunnen betekenen dat de screening weer terugkomt in de jeugdgezondheidszorg. Lees het hele interview met Eva Jacobs via de QR-code.

Medilex

onafhankelijke nascholing
voor zorgprofessionals

Geaccrediteerd studieaanbod

Jonge mensen, groot verdriet

Hoe signaleer je rouw bij jongeren en hoe is dit anders dan bij volwassenen? Wat heeft een jongere in rouw nodig en hoe kun je aansluiting vinden én houden? Tijdens deze dag leer je rouw signaleren, erover praten en actie ondernemen wanneer een jongere aanvullende hulp nodig heeft.

Congres op dinsdag 26 november
medilex.nl/rouwjongeren

Vroegtijdig signalering en behandeling van eetstoornissen

Voorkom ernstige gevolgen door eetstoornissen vroegtijdig te signaleren en behandelen.

Congres op dinsdag 10 december
medilex.nl/eetstoornissen

Jeugdpsychiatrie

De basisbeginselen en oorzaken van internaliserende en externaliserende problematiek bij jongeren
Het herkennen van de belangrijkste symptomen
De overlap en differentiatie tussen diverse stoornissen en de aanpak ervan

Tweedaagse cursus op 16 en 23 januari
medilex.nl/jeugdpsychiatrie

Nascholingsagenda

Excessief huilen bij baby's
Help de vicieuze cirkel doorbreken
medilex.nl/excessiefhuilen

Emotieregulatietraining bij kinderen en jongeren
De emotionele weerbaarheid en veerkracht van kinderen te vergroten
medilex.nl/emotieregulatietraining

Trauma bij baby's en peuters
Als woorden tekort schieten
medilex.nl/trauma_baby_peuter

Ziekte in het gezin
Begeleiden van kinderen en jongeren met een ernstig zieke ouder
medilex.nl/ziekteinhetgezin

Van grensoverschrijdend naar gewenst gedrag
Grensoverschrijdend en (on)gewenst gedrag bespreekbaar maken op de werkvloer
medilex.nl/grensoverschrijdendgedrag_zorg

Psychiatrie en zwangerschap
Als de roze wolk schuilgaat achter donkere wolken
medilex.nl/psychiatriezwangerschap

Relationeel trauma
Over hechting en trauma
medilex.nl/relationeeltrauma

Jong & Depressief - voor professionals in de jeugdhulpverlening
Signalering - Ondersteuning - Preventie
medilex.nl/jongdepressiefjdz

Jeugdrecht: minderjarigen in de zorg
Weet je alles over het jeugdzorgstelsel, ouderschap/gezag, kinderbescherming & privacy?
medilex.nl/jeugdrecht

Kijk voor het complete aanbod op de site!

030-6933887 | info@medilex.nl | www.medilex.nl

FrieslandCampina
Institute
for dairy nutrition and health

Informatiematerialen

Goede voeding voor kinderen

Voor in de praktijk of om mee te geven aan ouders

FrieslandCampina Institute heeft verschillende informatiematerialen over 'Goede voeding voor kinderen' beschikbaar, waaronder brochures om aan ouders mee te geven en verschillende gesprekskaarten voor uitleg tijdens het consult.

Brochure Goede voeding voor je kind 1 t/m 8 jaar
In de brochure worden de voedingsadviezen voor jonge kinderen visueel weergegeven in een dagmenu.

Gesprekskaart Goede voeding kind
De gesprekskaart over gezond eten en drinken voor jonge kinderen is een praktisch hulpmiddel voor de informatieoverdracht.

Scan de QR-code of ga voor meer kindmaterialen direct naar:
www.frieslandcampinainstitute.com/nl/gezond-eetgedrag-1-18-jaar

Meer informatie en inschrijven nieuwsbrief:

www.frieslandcampinainstitute.com/nl
institute@frieslandcampina.com

Volg ons op social media

Rijksvaccinatieprogramma

Informatie over bijwerkingen

In de kennisbank van Bijwerkingencentrum Lareb is een specifieke pagina met bijwerkingen na vaccinatie bij baby's en kinderen. Ook worden veel voorkomende en enkele specifieke bijwerkingen toegelicht. Denk aan hypotone-hyporesponsieve episodes, verkleurde benen en apnoe.

Bron: www.lareb.nl/vaccin-kennis

Meldingen van bijwerkingen

Jaarlijks ontvangt Lareb tussen de 1.200 en 1.500 meldingen van (vermoede) bijwerkingen na vaccinaties binnen het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Meestal gaat het om bekende bijwerkingen zoals reacties op de injectieplaats, koorts, huilen en niet lekker voelen. In ongeveer 2,5% van de meldingen gaat het om een ernstige klacht.

Bron: www.lareb.nl/pages/jaarrapporten-vaccins

RVP-monitor 2022 en 2024

Van het cohort uit 2022 is informatie bekend over bijwerkingen bij 5.790 kinderen. Bij het cohort uit 2024 worden tot nu toe zo'n 3.000 kinderen gevolgd. Lareb houdt met vragenlijstonderzoeken bij welke bijwerkingen optreden na vaccinatie, wanneer deze optreden, hoelang ze duren en of eventuele klachten opnieuw optreden na een volgende vaccinatie om ouders en zorgprofessionals in de toekomst beter te informeren.
Bron: www.lareb.nl/pages/onderzoeken

Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma

De gerapporteerde vaccinatiegraad is de laatste jaren lager dan de werkelijke vaccinatiegraad. Dit komt door de invoering van het informed consent voor het uitwisselen van vaccinatiegegevens met persoonsgegevens tussen de JGZ en het RIVM. Anonieme vaccinaties worden niet meegeteld in de vaccinatiegraad. Ook de indicatie welk vaccinatieschema het kind volgt (3-5-12- of 2-3-5-12-maanden) heeft invloed op de vaccinatiegraad: als deze indicatie ontbreekt wordt de vaccinatiegraad voor kinderen geboren vanaf augustus 2020 berekend uitgaande van het 2-3-5-12-maanden schema, wat in sommige gevallen te strikt is.

Bron: scan de QR-code.

Voorkomen door vaccinatieprogramma's

De WHO heeft berekend dat sinds 1974 vaccinatieprogramma's voor kinderen wereldwijd 154 miljoen sterfgevallen hebben voorkómen. Hieronder zijn 146 miljoen kinderen jonger dan 5 jaar. Maarten van Wijhe heeft dit specifiek voor Nederland uitgezocht. Met behulp van gegevens over ziekte en sterfte van 1903-2012 heeft hij uitgerekend dat het RVP in de periode 1953-1992 6.000 tot 12.000 sterfgevallen bij kinderen en jongvolwassenen heeft voorkómen, vooral als het gaat om difterie en kinkhoest.

Scan de QR-code voor de WHO-berekening.

Scan de QR-code voor meer informatie over het onderzoek van Van Wijhe.

De hielprik

Verbind de juiste cijfers en feiten met elkaar.

1. ± 500	**a.** Aantal ziekten in hielprik
2. Opgespoord door hielprik	**b.** 99,1% - 99,5%
3. 27	**c.** Aantal uitgevoerde hielprikken per jaar
4. Deelnamegraad	**d.** ± 170.000
5. ± 190.000	**e.** Aantal hielprikken per dag
6. Aantal geboortes per jaar	**f.** ± 200

Antwoorden: 1e, 2f, 3a, 4b, 5c, 6d

‘Niet alle ouders weten wat de hielprik inhoudt’

Vroege opsporing bij pasgeborenen

Een blik op 50 jaar hielprik – en de toekomst

Dit jaar bestaat de neonatale hielprikscreening (NHS) – de hielprik – 50 jaar. In 1974 was Phenylketonurie (PKU) de eerste aandoening die via landelijke screening bij pasgeborenen werd opgespoord. Kinderarts metabole ziekten Annet Bosch en Hanka Dekker – directeur van de VKS (de patiëntenorganisatie voor stofwisselingsziekten) – ondersteunen het belang van deze screening. ‘Met dit mooie, kwalitatief goede NHS-programma hebben we goud in handen. Dat moet zo blijven.’

Tekst: Sigrid Hendriks
Beeld: Shutterstock

Dit jaar bestaat de neonatale hielprikscreening (NHS) – de hielprik – 50 jaar. In 1974 was Phenylketonurie (PKU) de eerste aandoening die via landelijke screening bij pasgeborenen werd opgespoord. Kinderarts metabole ziekten Annet Bosch en Hanka Dekker – directeur van de VKS – ondersteunen het belang van deze screening. ‘Met dit mooie, kwalitatief goede NHS-programma hebben we goud in handen. Dat moet zo blijven.’

Wat kunnen jullie vertellen over het NHS-programma en de ontwikkelingen van de afgelopen 50 jaar?
Hanka: ‘In 1974 is in Nederland gestart met screenen op Phenylketonurie (PKU); mede hierdoor een van de bekendste stofwisselingsziekten. Door de hielprik zijn de afgelopen 50 jaar ruim 700 mensen met PKU opgespoord. Pas jaren na de introductie is het screeningsprogramma van de hielprik verder uitgebreid. Deze uitbreiding hangt samen met het beschikbaar komen van curatieve behandelingen voor diverse, uiterst zeldzame aandoeningen. Hierbij heeft landelijke screening een aantoonbare meerwaarde, mede op basis van de screeningscriteria van Wilson & Junger (1968) en de WHO (2008).
Ook de mogelijkheden voor opsporing door geschikte laboratoriumtechnieken zijn in de afgelopen 50 jaar enorm verbeterd, waardoor het logistiek lukt om met de, relatief kleine, bloedafname op meerdere aandoeningen te testen.’

Annet: ‘In 2007 werden in één klap 13 metabole aandoeningen aan de screening toegevoegd. We hebben als kinderartsen metabole ziekten en andere betrokkenen bij de hielprikscreening veel geleerd over het proces van uitbreiden.’

Wat is het belang van de hielprik? Welke impact heeft het voor een kind en de ouders als er een zeldzame ziekte via de hielprik wordt vastgesteld?
Annet: ‘De impact is heel groot; het vaststellen van een van deze ziekten betekent toch een ander toekomstperspectief. Het belang van de heel snelle diagnose na de

Op welke ziekten wordt gescreend?
De hielprikscreening bestaat op dit moment uit 27 aandoeningen, waaronder 19 metabole ziekten. Daarnaast richt de hielprik zich op een drietal hemoglobinopathieën (alfa-thalassemie, bèta-thalassemie en sikkelcelziekte), twee hormoonstoornissen (adrenogenitaal syndroom (AGS) en congenitale hypothyreoïdie (CH)) en 3 overige aandoeningen: severe combined immunodeficiency (SCID), spinale musculaire atrofie (SMA) en cystic fibrosis (CF).

‘Met de snelle diagnose na de hielprik kunnen we ernstige schade voorkomen’

hielprikscreening is dat we met de behandeling ernstige schade kunnen voorkomen. Daarom is het ook van belang ziekten in de hielprik te includeren waar de behandeling werkelijk verschil maakt, en niet op ziekten te screenen waarbij niet zeker is of er klachten ontstaan en behandeling nodig is. Of op ziekten waarbij pas later klachten ontstaan en waar geen behandeling voor is. Daarmee ontneem je patiënten en ouders ook de nog onbezorgde jaren.
Het is daarnaast minstens zo belangrijk om een effectief programma te waarborgen waarbij aangedane kinderen worden opgespoord met daarbij een minimaal aantal verwezen kinderen met een fout-positieve test. Want een fout-positieve verwijzing na de hielprikscreening heeft ook grote impact. We merken als kinderartsen dat dit ouders soms extra bezorgd maakt; er is meer vraag naar zorg in deze groep. We bieden vaak nog een extra consult aan, om ouders zo nodig extra gerust te stellen, maar uiteindelijk verdwijnen deze kinderen weer bij kinderartsen uit beeld.’

Hanka: ‘Het zou heel interessant zijn deze groep te volgen, zodat we de impact van een fout-positieve uitslag beter in beeld zouden hebben en meer zicht krijgen op de behoefte aan informatie en ondersteuning. Een intensievere samenwerking tussen jeugdartsen en kinderartsen metabole ziekten is dan nodig; elke jeugdarts ziet hoogstens enkele gezonde kinderen die ooit een fout-positieve hielprik hadden.’

Hoe denken jullie over het toevoegen van ziekten aan de hielprik die niet direct behandelbaar zijn?
Annet: ‘Opsporen via de hielprik moet aanzienlijke gezondheidswinst opleveren voor het kind. Het is belangrijk een goede balans te houden door in de weging te kijken naar de meerwaarde van het toevoegen van een aandoening, het aantal aandoeningen in de screening, de praktische en budgettaire haalbaarheid van de tests en zeker ook de impact van fout-positieve testuitslagen. Het is belangrijk om met die weging ruis in het screeningsprogramma te voorkomen. Ook binnen het hielprikprogramma blijven we evalueren. We hebben bijvoorbeeld afkapwaarden aangepast en effectievere laboratoriumtesten ingevoerd. Kortom, het is van belang om steeds kritisch te blijven kijken naar eventuele uitbreiding en daarbij de perspectieven van zowel de professionals als de ouders in te brengen. Met dit mooie, kwalitatief goede NHS-programma hebben we goud in handen. Dat moet zo blijven.’

Wat zijn de mogelijkheden en uitdagingen om metabole ziekten eerder, dus via de hielprik, op te sporen? Hoe zien jullie de rol van de jeugdarts in de toekomst?
Hanka: ‘Er zijn bijna 2.000 metabole aandoeningen. De meeste zitten dus niet in de hielprik en dat blijft zo. Voor zeldzame ziekten, zoals metabole ziekten, is het daarom belangrijk om ook in te zetten op andere vormen van vroege opsporing, bijvoorbeeld door de route naar diagnostiek te verbeteren. Jeugdartsen zijn daarbij een belangrijke schakel.
In 2025 start het ONTIME-project waarbinnen METAKIDS, UMD (united for metabolic diseases) en VKS samen met jeugdartsen gaan werken aan onderzoek, de organisatiestructuur en kennisdeling om die route te optimaliseren. Dit sluit ook aan bij het advies van de Gezondheidsraad om bij zeldzame aandoeningen in te zetten op betere toeleiding naar diagnostiek.’

Hoe zien jullie de toekomstige ontwikkeling van de hielprik?
Hanka: ‘Het is belangrijk te blijven werken aan voldoende deelname aan het screeningsprogramma. De afgelopen jaren zien we bij de VKS een trend dat meer ouders afzien van de hielprik. We horen soms terug dat ouders denken dat bij een hielprik iets wordt ingespoten, als een vaccinatie. Jonge ouders weten blijkbaar niet dat het om een bloedafname gaat. Soms vinden zij het ook zielig dat het kindje geprikt wordt.’

Annet: ‘Dit laatste signaal zie ik minder in mijn spreekkamer. Ook in de zogenaamde PANDA-studie zijn de meeste ouders positief over deelname. In de groep ouders die niet deelneemt aan de hielprik, blijken ouders onvoldoende kennis te hebben om een goed geïnformeerde keuze te kunnen maken. Daarom is het belangrijk te zorgen dat ouders vertrouwen hebben in het hielprikprogramma, onder meer door die duidelijke behandelbaarheid na een tijdige diagnose, te benadrukken. Jeugdartsen zien zwangere moeders tijdens hun contact vanwege broertjes en zusjes. Door deelname aan te moedigen, kunnen hoge deelnamecijfers behouden blijven; goede voorlichting is daarbij van belang.’

Wat is de rol van de jeugdarts bij kinderen met metabole – en andere zeldzame – ziekten?
Het is ondoenlijk, en niet nodig, dat jeugdartsen alle zeldzame of alle metabole ziekten kennen. Belangrijker is dat jeugdartsen met hun vakkennis, waaronder hun ‘niet-pluis-gevoel’, de soms subtiele signalen tijdig oppakken en kinderen verwijzen naar de juiste nadere diagnostiek. Bij sommige groepen, bijvoorbeeld kinderen met een ontwikkelingsachterstand, kinderen die geen hielprik hebben gehad en kinderen uit andere landen, onder wie vluchtelingen, is het belangrijk om extra alert te zijn.

Korte lijnen met de kinderarts maken het mogelijk om, zeker bij twijfel, een verwijzing alvast voor te bespreken. Het is dus ook belangrijk om in te zetten op de werkrelatie met de ‘academische’ kinderartsen, en ook op een efficiëntere route als die eerst via een algemeen kinderarts loopt.

Annet: ‘Jeugdartsen zien ook de broers en zussen van een kind met een hielprikziekte. Ze kunnen van betekenis zijn door te vragen waar behoefte aan is bij het gezin, gezien de intensieve zorg en aandacht voor hun gezinslid. Behalve behoefte aan steun voor ‘brussen’ en ouders, kunnen er ook ‘gewone’ opvoedingsvragen leven, die niet met de kinderarts besproken zijn.’

Hanka: ‘Toon als jeugdarts interesse door over de aandoening te lezen als je een patiënt ziet. Er zijn betrouwbare bronnen. Vraag ook door over de impact van een aandoening op het dagelijks leven. Bijvoorbeeld: met een eiwitbeperkt dieet vragen kinderfeestjes om extra creativiteit. Of er zijn hulpmiddelen nodig om zo gewoon mogelijk mee te doen. Naast de hielprikziekte heeft het gezin met zoveel meer te maken, maar de zeldzaamheid van de ziekte kan voor een isolement zorgen, wanneer niemand zich in de praktijk belangstellend opstelt.’

Wie is...

Prof. dr. Annet Bosch (1968) is kinderarts, hoogleraar Kindergeneeskunde en hoofd van de onderafdeling Kindergeneeskunde Metabole Ziekten van het Emma Kinderziekenhuis - Amsterdam UMC.
Haar expertise ligt vooral op het gebied van PKU, Galactosemie, Riboflavine Transporter Deficiëntie en de hielprikscreening. Ook is ze duaal voorzitter van de landelijke Adviescommissie Neonatale Screening Metabole Ziekten (ANS-MZ), lid van de Programmacommissie Neonatale Hielprikscreening (PNHS) en Collegelid van het CBG (het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen).

Wie is...

Hanka Dekker (1967) is sinds de oprichting in 1994 betrokken bij VKS, de patiëntenvereniging voor stofwisselingsziekten – vanaf 1999 als directeur. Samen met het bestuur en vrijwilligers zet zij zich in voor gezinnen met kinderen die deze ernstige aandoeningen hebben. Dat een klein foutje in de stofwisseling zo’n enorme impact heeft op hun levens en dat bijna niemand dit weet, drijft haar hierbij. Zelf heeft ze hier ervaring mee: haar zoon (37) heeft een metabole ziekte. Vanaf de uitbreiding van de hielprik met meerdere stofwisselingsziekten, in 2007, vertegenwoordigt ze de belangen van patiënten en ouders in de Programmacommissie Neonatale hielprikscreening (PNHS).

Kruip IN DE **HUID** VAN...

Omgaan met jeuk en pijn - leven met atopisch eczeem is niet makkelijk. Op indehuidvan.nl vindt men tips, ervaringen en verhalen van anderen maar ook alles over symptomen, klachten, diagnose, behandeling en medicatie.

TANYA
Sporten met eczeem. Over zweten, zwemmen en meer.

TESSA
Allergisch zijn voor je eigen schilfers? Dat kan!

LOUISE
Make-up? Ik laat me niet weerhouden door mijn eczeem en gevoelige huid.

Attendeer en informeer uw patiënt met atopisch eczeem over de website indehuidvan.nl
Zo zorgen we samen voor controle.

www.indehuidvan.nl

IN DE HUID VAN

leven met ATOPISCH ECZEEM

MAT-NL-2101456-V1-10/21

Als een kind stopt met groeien in de lengte

Tekst: Marianne Almaç-Linthorst

Wanneer een kind niet meer groeit, terwijl dit wel de verwachting is, waar begin je dan met je onderzoek? Eerdere contactmomenten met de JGZ kunnen hierbij van groot belang zijn.

Wie is...
Marianne Almaç-Linthorst is jeugdarts KNMG en werkt bij CJG Rijnmond. Ze studeerde geneeskunde in Leiden en is sinds 2012 werkzaam in de jeugdgezondheidszorg. In 2019 heeft ze haar opleiding tot jeugdarts KNMG afgerond. Haar interesse-onderwerpen zijn overgewicht/obesitas en oogonderzoek.

1 OMSCHRIJVING CASUS

Dennis is een jongen van 10 jaar. Hij woont samen met zijn vader en moeder en een jonger broertje van 8 jaar. Dennis is een vlotte jongen die het leuk heeft op school. Hij werkt hard en dat is dan ook te zien aan de goede resultaten. De laatste 2 jaar zien zijn ouders dat Dennis meer in de breedte groeit en niet in de lengte. Hij draagt ook al 2 jaar dezelfde broeken en T-shirts. En hij heeft nog steeds dezelfde schoenmaat. Zijn jongere broer is hem zelfs al voorbij in de lengte, met 1 centimeter. Dennis eet niet abnormaal veel, soms minder dan zijn broer. Hij is niet abnormaal moe. Hij zit op voetbal, traint 2 keer in de week en heeft in het weekend een wedstrijd. Zijn ouders zijn vanwege zijn achterblijvende lengte en toename in gewicht met hem bij de huisarts geweest.

De huisarts heeft Dennis doorverwezen naar mij om beter inzicht te kunnen geven in zijn groei. Als Dennis bij mij op consult komt, zie ik een vermoeid uitziende jongen. Tijdens het gesprek merk ik dat ook Dennis zich zorgen begint te maken over het achterblijven in groei. En na doorvragen blijkt dat hij soms moeite heeft om naar de wc te gaan en dat hij last heeft van harde poep. Zijn lengte en gewicht worden gemeten. We zien dat er een afbuiging van de lengtegroei is in de afgelopen 4 jaar, van 0 naar -2 SDS. De BMI is toegenomen, maar nog steeds normaal, en Dennis heeft geen overgewicht. Vanwege deze afbuigende lengtegroei heb ik Dennis doorverwezen naar het ziekenhuis om hem op korte termijn te zien.

2 BESCHRIJVING VAN HET VERLOOP

De volgende dag kon Dennis 's ochtends bloed komen prikken in het ziekenhuis. In de middag werd moeder gebeld of ze direct samen met Dennis naar het ziekenhuis wilde komen. Moeder vroeg of dat de volgende dag kon, omdat vader dan ook bij het gesprek kon zijn. Maar de kinderarts wilde dat ze die middag nog zouden komen. Toen realiseerde moeder zich dat het serieus was.

In het ziekenhuis kregen ze te horen dat Dennis de ziekte van Hashimoto heeft. De bloeduitslag gaf aan: primaire hypothyreoïdie, werkdiagnose m. Hashimoto (TSH 469.96 mIU/L, fT4 < 5.15 pmol/l, anti TPO 650 IU/ml). De kinderarts heeft moeder en Dennis uitleg gegeven over deze ziekte. Ook moest Dennis direct beginnen met levothyroxine (Thyrax). Vaak spelen eetstoornissen en darmproblematiek een rol bij de ziekte van Hashimoto, ook bij Dennis is dit het geval. De kinderarts heeft hem daarom doorverwezen naar een diëtiste. Mocht dit onvoldoende helpen, dan kunnen er altijd nog laxantia worden voorgeschreven.

3 DE AFLOOP

Na 2 maanden komt Dennis bij mij op controle voor lengte en gewicht. Hij vertelt dat hij meer energie heeft gekregen. De lengte is toegenomen met 2 centimeter. Ook de kinderarts heeft gezegd dat de behandeling is aangeslagen, zijn bloedwaarden zijn ook verbeterd. Dennis weet goed met zijn ziekte om te gaan. Hij neemt de medicatie heel trouw in: iedere middag stipt om 17:15 uur. Zijn ouders zijn blij dat hij dit heel serieus neemt. In de klas heeft Dennis een spreekbeurt gehouden en uitleg gegeven over wat zijn ziekte inhoudt en hoe hij ermee omgaat. Dennis blijft onder controle bij de kinderarts.

Als jeugdarts heb ik één keer per jaar een contactmoment om te horen hoe het met Dennis gaat en om zijn lengte te meten. Ouders en Dennis vinden dit heel prettig. Ik heb geleerd van deze casus, dat als de lengte stil blijft staan en ouders zich zorgen maken, je goed moet uitvragen sinds wanneer dit het geval is. Is er iets veranderd in de leefwijze van het kind? Heeft het lichamelijke klachten?

Doordat Dennis in de voorgaande jaren op het consultatiebureau kwam en zijn lengte structureel werd gemeten – in de babytijd en ook later bij 2, 4 en 6 jaar – bestond er een goed beeld van de verandering in de lengte in de tijd en viel de afbuigende lengtegroei goed op. Dit laat dan ook zien hoe belangrijk de contactmomenten en de bezoeken aan de JGZ zijn.

SCAN & REGISTREER EN VINK DE NIEUWSBRIEF AAN!

Exclusief toegang krijgen tot **extra informatie** voor meer **verdieping?**
Maak een account aan en **ontdek de diensten van Nutricia.nl**

Academy: uw kennisbron
Hier vindt u **educatieve bronnen, e-learnings, webinars, scholingen** en **wetenschappelijke inzichten**.

Webshop materialen
Hier vindt u diverse **voorlichtingsmaterialen, brochures en producten** om u te ondersteunen in de zorg voor zuigelingen.

Specifieke informatie voor uw professie
In onze nieuws sectie vindt u **artikelen, onderzoeken** en **updates** relevant voor uw professie.

Productinformatie
In de sectie 'producten' vindt u **gedetailleerde informatie over onze producten.**

Heeft u vragen of wilt u specifieke casuïstiek bespreken?
Dat kan!
Onze speciale servicelijn voor gezondheidsprofessionals staat voor u klaar.

Nutricia Care Team: bij vragen over kindervoeding voor de gezonde zuigeling.
0800 022 80 60 +31 6 83 65 11 33

Kno-arts Ronald Pennings:

'Er is veelbelovend onderzoek naar het herstellen van erfelijk gehoorverlies'

In het Expertisecentrum voor Erfelijke Slechthorendheid van het Radboudumc doet kno-arts Ronald Pennings er met zijn afdeling alles aan om te zorgen dat jonge patiënten met gehoorklachten zo snel mogelijk duidelijkheid krijgen. Wat betekent het gehoorverlies? En wat is eraan te doen? Het antwoord: al heel veel!

Tekst: Rebecca Looijen
Beeld: Shutterstock

'Het expertisecentrum zet zich volop in om de genetische oorzaken van gehoorverlies te achterhalen', legt Pennings uit. 'Daarmee hoop je mensen wat te kunnen vertellen over het gehoor in de toekomst, zodat ze weten wat ze kunnen verwachten. Vaak zitten ouders met veel vragen: wat betekent het gehoorverlies? Is er sprake van een achterliggend syndroom en hoe groot is de kans dat een ongeboren kind dit ook zal hebben? Daar proberen wij antwoorden op te vinden.' Dit gebeurt door middel van uitvoerig diagnostisch onderzoek, waarbij doorlopend de nieuwste technieken worden gebruikt. Het onderzoeksteam van het expertisecentrum richt zich op het ontwikkelen van genetische therapieën voor gehoorverlies. 'Want je kan pas iets behandelen als je weet wat iemand heeft. Ik zeg daarom vaak: ken je gen!' zegt hij lachend.

Fascinerend orgaan
Pennings koos voor het vak van kno-arts nadat hij een keer meeliep met een kennis die als arts op deze afdeling werkzaam is. 'Tijdens mijn opleiding geneeskunde ben ik altijd erg breed geïnteresseerd geweest. Ik zag veel voordelen in de afdeling kno: je bent hier niet alleen bezig met chirurgie, maar ook met diagnostiek. Bovendien behandel je een heel

brede patiëntengroep, want alle leeftijden komen hier voorbij. Het oor is een delicaat orgaan dat ingenieus in elkaar zit en echt fascinerend is. Via het doen van onderzoek kan ik me hier heel erg in verdiepen. En het is dankbaar werk, want het oor is cruciaal voor mensen om te kunnen communiceren.'

Veel behandelmogelijkheden

Dankzij jarenlang wetenschappelijk onderzoek is er op dit moment al veel mogelijk voor kinderen met gehoorproblemen. Bij milde klachten kan een hoortoestel goed helpen. Wanneer er sprake is van ernstiger gehoorverlies kan dat ondervangen worden door een cochleair implantaat (CI). 'Hoe eerder we daarmee beginnen, hoe plastischer het brein is en hoe beter het lichaam dus went aan een implantaat. Onderzoek laat zien dat dove baby's die met 6 maanden een CI krijgen, uiteindelijk betere resultaten behalen dan kinderen die na 12 maanden geïmplanteerd worden.' Het overgrote deel van de kinderen met gehoorverlies kan via deze hulpmiddelen goed behandeld worden. Daarmee kan het 'normale' leven redelijk makkelijk opgepakt worden. 'Als kinderen goed revalideren, kunnen ze gewoon regulier onderwijs volgen en is het in principe mogelijk om vrijwel alles te bereiken wat ze willen. Zo zijn er ook artsen die zelf een CI hebben.'

Wie is...

Ronald Pennings (1975) werkt sinds 2009 als kno-arts bij het Radboudumc in Nijmegen. Afgelopen jaar werd hij benoemd als afdelingshoofd en een aantal maanden geleden is hij benoemd als hoogleraar Keel-, Neus- en Oorheelkunde. Pennings is voorzitter binnen het erkende expertisecentrum voor (erfelijk) gehoorverlies. Hier doet hij ook veel onderzoek naar het zeldzame syndroom van Usher: een erfelijke en progressieve aandoening die doofblindheid veroorzaakt. Met overig wetenschappelijk onderzoek richt Pennings zich vooral op de klinische zorg voor patiënten met perceptief gehoorverlies. Dit onderzoek is verdeeld in 5 pijlers: binnenoor-therapeutische clinical trials, genotype-phenotype correlatiestudies, revalidatiestudies, de ontwikkeling van genetische therapieën en studies ter identificatie van nieuwe doofheidsgenen. Tevens is hij lid van de Programmacommissie Neonatale Gehoorscreening (PNGS) van het RIVM en is hij voorzitter van de landelijke DOOFNL Otogenetische werkgroep.

Aandacht voor het zicht

Ondanks de goede behandelmogelijkheden zal er echter nooit sprake zijn van een helemaal normaal gehoor. Want ook met een hoortoestel of CI blijft het lastiger om gesprekken te voeren in een rumoerige omgeving. Daarnaast kost het meer energie en zal een kind vermoeider uit school komen. Het is volgens de kno-arts dan ook extra belangrijk dat jeugdartsen oog hebben voor het zicht van slechthorende kinderen. 'Blijf dit goed in de gaten houden, want kinderen met gehoorproblemen gebruiken vaak het lipbeeld ter ondersteuning, ook wanneer zij een hoortoestel of implantaat hebben. Wanneer een kind bijziend is, zal het nog meer moeite hebben om de leerkracht te verstaan en nog meer energie nodig hebben bij dagelijkse taken.'

> 'Het overgrote deel van de kinderen met gehoorverlies kan goed behandeld worden'

De neonatale gehoorscreening

Een andere belangrijke mogelijkheid bij de aanpak van gehoorverlies is de neonatale gehoorscreening, die uitgevoerd wordt bij pasgeboren baby's. In zijn werk als kno-arts komt Pennings zelden in aanraking met deze screening, omdat die niet in het ziekenhuis plaatsvindt. Toch is de screening essentieel voor zijn werk. Pennings is daarom ook lid van de Programmacommissie van de Neonatale Gehoorscreening (NGS) van het RIVM.

Deze commissie komt 3 keer per jaar samen om de kwaliteit van de screening te bewaken. Met succes, want volgens de kno-arts hebben wij in Nederland een van de beste neonatale gehoorscreenings ter wereld. 'Het percentage kinderen dat gescreend wordt, is heel hoog en ligt zelfs boven de 99%. Dat is fantastisch, want onderzoek wijst uit dat het erg belangrijk is om zo vroeg mogelijk te beginnen met diagnosticeren en behandelen. Hoe eerder een kind met gehoorverlies behandeld wordt, hoe beter het zich kan ontwikkelen op school en in de samenleving.'

> Houd bij slechthorende kinderen ook hun zicht in de gaten'

Genetisch identificeren

Wanneer het gehoorverlies pas op kleuterleeftijd naar voren komt, kan er al sprake zijn van een ontwikkelingsachterstand. Kinderen hebben dan meer moeite met spraak en andere taalvaardigheden. Deze patiënten kunnen door de screening heen glippen, wanneer zij bijvoorbeeld last hebben van een genetische vorm van gehoorverlies die nog niet of nauwelijks aanwezig is bij de geboorte. Tijdens deze screening wordt die vorm van gehoorverlies niet waargenomen. 'We hebben het binnen de commissie daarom weleens over de mogelijkheid om genetisch te kunnen screenen, dan zou je ook deze gevallen eerder kunnen identificeren. Op dit moment is dat nog niet mogelijk, maar het zou een mooie ontwikkeling zijn in de toekomst.' Studies laten zien dat aangeboren gehoorverlies bij meer dan de helft van de kinderen een genetische oorzaak heeft.

Veelbelovend onderzoek

Ondanks dat er dus al veel mogelijk is om de klachten bij gehoorverlies te beperken, blijft er volop ingezet worden op het verbeteren van diagnostiek en behandeling. 'We hopen in de toekomst therapieën te kunnen ontwikkelen die de klachten nog verder beperken of zelfs volledig voorkomen', vertelt Pennings. 'Het zou fantastisch zijn als we ervoor kunnen zorgen dat er geen problemen meer zijn bij het gebruik van bestaande hulpmiddelen, zoals de impact op energielevels of de uitdagingen in een rumoerige omgeving. Uiteindelijk hopen we gehoorverlies volledig te kunnen behandelen. Bijvoorbeeld door vroegtijdig op te sporen of iemand op latere leeftijd gehoorverlies krijgt en het genetisch defect te repareren of als het ware af te plakken.' En inmiddels zijn er al veelbelovende resultaten. Een klinische studie liet begin dit jaar zien dat het zeker mogelijk is om het aangetaste gehoor te verbeteren. Na injecties in het slakkenhuis is een aantal patiënten beter gaan horen. Deze studie richt zich op patiënten met een specifieke erfelijke vorm van gehoorverlies door mutaties in het OTOF-gen. Maar de hoop is dat mensen met verschillende vormen van gehoorverlies in de toekomst een werkend medicijn kunnen krijgen. 'Ik verwacht dat dit bij een aantal patiënten met erfelijk gehoorverlies binnen 5 tot 10 jaar al mogelijk zal zijn.'

CIJFERS

99,4% van de kinderen wordt tijdig gescreend op gehoorverlies.

In 2022 werden 680 kinderen doorverwezen naar het audiologisch centrum voor verder onderzoek. Tussen 94,2% en 98,5% van de verwezen kinderen kreeg een diagnose. Bij aangetoonde gehoorproblemen gaat het dan vaak om dubbelzijdig verlies. In meer dan de helft van de gevallen van aangeboren gehoorverlies is sprake van een genetische oorzaak.

Er zijn meer dan 150 genen geïdentificeerd die betrokken zijn bij het ontstaan van slechthorendheid.

Tot en met eind 2022 waren er 8.864 Nederlanders die een of twee cochleair implantaten hebben.

ONDERZOEK

Laat serologisch onderzoek via de jeugdarts lopen

Kinderen van moeders met een chronische hepatitis B-infectie lopen het risico om ook besmet te raken. Het vaccineren van deze kinderen vlak na de geboorte is daarom van groot belang. Desondanks kunnen ze alsnog een doorbraakinfectie krijgen of onvoldoende reageren op de vaccinatie. Aansluitend serologisch onderzoek is nodig om te controleren of deze kinderen niet alsnog geïnfecteerd zijn geraakt en voldoende beschermd zijn. Jeugdartsen, huisartsen, microbiologen en het RIVM voeren dit controleonderzoek samen uit. Dit proces kan beter en eenvoudiger.

Tekst: Sietske Beelen en Maartje Verhoeven

Sietske Beelen, AIOS Arts M+G/jeugdgezondheid bij RIVM:
'Doordat meerdere partijen betrokken zijn bij de uitvoering, is het proces ingewikkeld. Het correct uitvoeren en monitoren is arbeids- en tijdsintensief en bovendien foutgevoelig. Daarom heb ik binnen het RIVM, samen met een LEAN-verbeterteam en met input van jeugdartsen, gewerkt aan het optimaliseren van het proces. Een veelgehoorde wens vanuit de JGZ: laat serologisch onderzoek direct via de jeugdarts lopen in plaats van via de huisarts. Dit maakt het proces een stuk eenvoudiger. JGZ Kennemerland heeft hier een mooie voorzet voor gedaan. De AJN onderzoekt hoe jeugdartsen de bevoegdheden kunnen krijgen die hiervoor nodig zijn.

'Het proces kan een stuk eenvoudiger'

Ook wordt gekeken naar het verbeteren van de communicatieroute tussen de JGZ en het RIVM, bijvoorbeeld door brieven digitaal te versturen in plaats van per post. Het lastige is wel dat niet alle JGZ-organisaties en RIVM regio's op dezelfde manier werken. Het hele proces is efficiënter in te richten als de gegevensuitwisseling net zoals bij de vaccinaties verloopt. De serologische uitslag kan dan direct vanuit DD-JGZ aan het RIVM worden doorgegeven, waardoor hepatitis B-risicokinderen goed in beeld zijn. Hierbij is een goede samenwerking tussen de jeugdarts, huisarts en het RIVM essentieel.' ■

Bekijk de door Sietske beschreven hepatitis-B-route door de QR-code te scannen.

Maartje Verhoeven, Arts M+G/jeugdgezondheid en klinisch onderzoeker
'Vader komt met dochter op het spreekuur voor haar hepatitis-B revaccinatie. Ik informeer vader over de serologische controle en verwijs hen naar de huisarts, die ik vraag het bloedonderzoek uit te voeren en mij de uitslag te sturen. Een terugkoppeling blijft uit. Ik bel vader meermaals. Wanneer ik hem uiteindelijk aan de lijn krijg, vertelt hij dat hij vanwege ziekte nog niet bij de huisarts is geweest. Ik spoor hem aan alsnog te gaan. Na 2 weken bel ik opnieuw: hij is geweest. De uitslag heb ik niet ontvangen. Ik vraag de huisarts naar de uitslag en stuur deze door naar het RIVM. Een tijdsintensief, klantonvriendelijk en foutgevoelig proces. Daarom heb ik een vereenvoudigde werkwijze ontwikkeld en geïmplementeerd. De onderzoeksaanvraag is verplaatst van de huisarts naar de jeugdarts en de communicatie met ouders, het laboratorium en het RIVM gedigitaliseerd.

'Geen eindeloze telefoontjes meer'

Komt een kind voor serologische controle, dan krijgen de ouders de informatie over de controle én een aanvraagformulier in de JGZ-app. Ouders kunnen direct een afspraak plannen bij het laboratorium, de CB-assistente kan hierbij ondersteunen. Het laboratorium stuurt de uitslag digitaal naar de huisarts én de jeugdarts, die deze alleen nog hoeft door te sturen naar het RIVM. Geen eindeloze telefoontjes meer dus. Ik ben trots op wat we hebben neergezet en hoop op veel navolging!' ■

TNO innovation for life

OPLEIDING ARTS MAATSCHAPPIJ EN GEZONDHEID, PROFIEL JEUGDARTS

Een Leven Lang Leren bij TNO:
voor aios én praktijkopleiders

Aios
TNO leidt jeugdartsen op voor een sterke JGZ! Tijdens de opleiding ontwikkelen aios zich in de verschillende rollen van de jeugdarts variërend van de spreekkamer tot aan de wetenschap. Het leren vindt zo veel mogelijk plaats in en vanuit de praktijk, tijdens praktijkperiodes in de JGZ en tijdens stages. Daarnaast volgen aios cursorisch onderwijs in een eigen jaargroep. Dit leren en professionaliseren gaat door na de opleiding. Bij TNO wordt een stevige basis gelegd voor een Leven Lang Leren.

Praktijkopleiders
De praktijkopleider heeft een cruciale rol bij het leerproces van de aios: als coach, als begeleider en als rolmodel. Hij komt voor tal van uitdagingen te staan, zoals: Meer of juist minder sturing geven? Hoe organiseer ik de begeleiding vanuit mijn GGD? Hoe pas ik mijn begeleidingsstijl aan op de leerstijl van de aios? Over deze en andere uitdagingen organiseert TNO didactische trainingsdagen voor opleiders. Over de thema's stemt TNO af met Sogeon/NSPOH.

Uitgangspunten voor onderwijs en didactische trainingsdagen bij TNO:
- Competentiegericht
- Leren met en van collega's
- Presentaties en praktische opdrachten wisselen elkaar af
- Ervaren docenten uit wetenschap en praktijk
- Aansluiting bij actueel onderzoek (binnen of buiten TNO)
- Eigen inbreng (onderwerpen, werkvormen) wordt zeer gewaardeerd.

Starten en instromen Opleiding
De opleiding start ieder jaar in september (in Eindhoven) en in maart (in Leiden)
Zie voor meer info: www.artsmg.nl www.tno.nl/onderwijs

Didactische trainingsdagen
TNO organiseert meerdere didactische trainingsdagen per jaar in Leiden en Eindhoven. Zie voor data en informatie: www.tno.nl/onderwijs

"Door deze dag heb ik meer inzicht gekregen in hoe mijn aios en ik beter kunnen samenwerken!"

"Deze docent maakt ingewikkelde theorie eenvoudig en toepasbaar in de praktijk!"

Bij- en nascholing

(Hoog)begaafdheid: herkennen en uitvragen in de spreekkamer

Wanneer (hoog)begaafdheid niet wordt herkend en erkend kan dit grote gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind. Ben jij jeugdarts of jeugdverpleegkundige? En wil jij meer weten over wat (hoog)begaafdheid precies is en hoe je het herkent in de spreekkamer? Doe dan deze eendaagse module.

Data: 10 december 2024
Locatie: Utrecht
Kosten: €477,-

Opleiding centrale zorgverlener

Ieder kind verdient het om gezond en kansrijk op te groeien. Toch zien we dat dat soms lastig is. Tijdens de opleiding centrale zorgverlener ga je verkennen welke rol als centrale zorgverlener goed bij je past en hoe je op passende wijze ondersteuning en zorg kan bieden voor kinderen met overgewicht of obesitas.

Data: 10 december 2024, 7 januari, 11 februari, 11 maart en 13 mei 2025 (vijfdaagse)
Locatie: Utrecht
Kosten: €2050,-

Stress bespreekbaar maken in de spreekkamer

Iedereen ervaart stress, het is een evolutionaire reactie van ons lichaam. Echter, soms slaat het door en wordt iemand er ziek van. Het gesprek hierover aangaan kan lastig zijn. In deze module leer je stress te herkennen en krijg je effectieve methoden aangereikt om stress op een constructieve wijze te bespreken.

Data: 5 februari 2025
Locatie: Utrecht
Kosten: €505,-

NSPOH we teach health

Bekijk onze actuele bij- en nascholingskalender op www.nspoh.nl

De NSPOH wil een waardevolle bijdrage leveren aan de verbetering van de volksgezondheid, de arbeidsomstandigheden en participatie in Nederland. Dit doen wij door professionals kwalitatief goed en vraaggestuurd op te leiden voor de hedendaagse praktijk van public en occupational health. Wij ontwikkelen en organiseren opleidingen, bij- en nascholing, in-company programma's en symposia op academisch en post-hbo niveau.

Preventie van... criminaliteit

Lucy Smit, Arts Maatschappij + Gezondheid/ Jeugdgezondheid en projectmanager bij JGZ Kennemerland

Als ik verkiezingsprogramma's nalees op preventie en screening, dan gaan ze over justitie en criminaliteit. Over dingen die we moeten voorkomen, maar niet over 'het hoe' en de benodigde investering. Ik werk nu dertig jaar als jeugdarts en telkens stelt dit me teleur. Mede daarom ben ik Jeugdarts Next Level gestart. We schreven een manifest over wat de jeugdarts kan. En dat is meer dan wegen, meten en prikken.

Tijdens het jubileumcongres van de AJN werd collega's gevraagd wat ze willen behouden. Daar sprong één ding duidelijk uit: contact. Met ouders, kinderen en samenwerkingspartners. Kwalitatief goede zorg leveren door mooie en gerichte gesprekken te voeren over (mentale) gezondheid. Door díe dingen eruit te halen die richting geven aan nieuw en innovatief gezondheidsbeleid. Precies dát dreigt nu te verdwijnen.

Door landelijke ontwikkelingen verliezen we steeds meer onze plek in de spreekkamer en hebben jeugdverpleegkundigen steeds minder tijd om te doen waar zij zo goed in zijn. Dat is erg, want de expertise van een jeugdarts heeft een andere basis dan die van een jeugdverpleegkundige. We vullen elkaar aan!

De meeste basisartsen kwamen tijdens hun opleiding nauwelijks een kijkje nemen binnen de jeugdgezondheidszorg. En dat mogen we onszelf aanrekenen. Wij bieden ze geen plek. Mede daardoor willen ze eerst in de curatieve zorg gaan werken. Pas als het daar niet loopt zoals verwacht, maken ze de overstap. Maar alleen als ze ook een duidelijk herkenbare medische rol hebben in de spreekkamer. Kleed je die rol uit, dan komen er steeds minder basisartsen op ons vak af.

'We moeten blijven doen wat ons uniek maakt'

Laten we samen zorgen dat de rol van de jeugdarts aantrekkelijk blijft. Dat we datgene kunnen blijven doen wat ons uniek maakt. Sluit je aan bij Jeugdarts Next Level. Wij zijn preventiespecialisten en belangrijk bij het voorkomen van, oké dan, criminaliteit.

Kijk voor meer info op: www.jeugdartsnextlevel.nl.

Tekst: Kelli Tiggelman, Myrna Linders en Henrike ter Horst

Pedagogisch Verantwoord

Podcast Pedagogisch verantwoord

Jeugdarts Rianne Reijs vertelt in deze podcast over de reuring rond vaccineren. Dit doet zij samen met Marjon Hulst, JGZ-unithoofd bij GGD Zuid-Limburg. Deze podcast stamt uit 2019, net voor de komst van het coronavirus. De discussie over vaccineren is zo oud als het vaccineren zelf. Hierdoor is deze podcast ook nu nog relevant. Er komen thema's aan bod als verplicht vaccineren, zuivere gespreksvoering met ouders en kinderen en hoe we ons moeten verhouden tot de steeds uitdijende stroom aan al dan niet betrouwbare (wetenschappelijke) informatie. Beide professionals spreken vol passie en respect over dit onderwerp. Zij willen naast ouders staan die een keuze moeten maken, niet tegenover hen. Rianne en Marjon delen veel informatie en geven uitleg over hoe zij in hun dagelijkse praktijk met deze thema's omgaan.

Vaccins, prikkelende stof

Onder leiding van hoogleraar vaccinologie Cécile van Els is het boek 'Vaccins, prikkelende stof' geschreven door een groep vooraanstaande experts. Het boek bevat 156 pagina's vol informatieve teksten, duidelijke infographics en interviews. Het boek behandelt de ontwikkeling, werking en impact van vaccins op zowel mensen als dieren. Het biedt onder andere een terugblik op de coronapandemie en bespreekt hoe relatief nieuwe vaccins destijds zo snel beschikbaar kwamen. Daarbij worden inzichten beschreven in de maatschappelijke weerstand tegen vaccinatie en de redenen daarvoor. Tevens komt aan bod hoe bijwerkingen, veiligheid en effectiviteit van vaccins worden geëvalueerd. Het doel van het boek is om wetenschappelijke kennis over vaccins toegankelijk te maken voor een breed publiek. Om het belang hiervan te onderstrepen: volgens de WHO is bij het bestrijden van ziekten misinformatie de grootste bedreiging. Al met al is het boek meer dan de moeite waard en het leest ook nog eens heel prettig.

Podcastserie over de Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad is een onafhankelijke wetenschappelijke adviesraad die de regering en het parlement gevraagd en ongevraagd adviseert over (volks)gezondheidsvraagstukken. Ter gelegenheid van het 120-jarig bestaan van de raad in 2023 is een podcastserie gemaakt over een selectie van relevante onderwerpen. De afleveringen duren 10 tot 15 minuten en per onderwerp bespreken zo'n 3 deskundigen de overwegingen in de uitgebrachte adviezen. Voor jeugdartsen zijn met name de afleveringen 'screening' en 'vaccinaties' interessant om eens te beluisteren. In vogelvlucht worden diverse (deel)onderwerpen besproken. Heel nuttig!

www.sudocrem.nl

voor echte bofkontjes

Gratis samples?
Laat alle baby's en moeders gratis kennis maken met Sudocrem. Mail je naam (functie en organisatie) en adresgegevens naar info.nl@sudocrem.com.

De huid van een kleintje is erg gevoelig, die wil je dus goed verzorgen. Door afsluiting van de huid en/of door een natte luier kunnen baby's schrale, rode billetjes krijgen. Sudocrem behandelt en voorkomt luieruitslag. Ook verzacht, beschermt en helpt het de rode en kwetsbare huid. Sudocrem ruikt lekker en kan meteen vanaf de geboorte worden gebruikt. **Daarom is Sudocrem het meest gebruikte middel bij luieruitslag.***

teva

Sudocrem is een medisch hulpmiddel. Lees voor gebruik de gebruiksaanwijzing.
KOAG KAG 2977-1114-1569. NL/SUD/20/0013
* Nielsen, Category Report Bottom Care, P13 2020

Sudocrem® MULTI-EXPERT

Eerstelijns ondersteuning

voor zuigelingen & jonge kinderen met een koemelkallergie

Althéra® HMO, de intensief gehydrolyseerde formule (eHF) voor kinderen met een koemelkallergie

Geschikt vanaf de geboorte

Zeer goede tolerantie [1-9]

- Switch naar aminozuur formule vaak niet nodig door zeer sterke hydrolysatie
- Met gezuiverde lactose
- Met humane melk oligosacchariden: 2'-FL en LNnT

Uitstekende smaak & geur [4,9]

Halal en kosher certificering

Referenties: 1. Niggemann B et al. Pediatr Allergy Immunol. 2008;19(4):348-54. • 2. Vandenplas Y et al. Acta Paediatr. 2013;102(10):990-8 • 3. Sorensen RU et al. Abstract 473 presented at the AAAAI congress 2007. • 4. Rapp M et al. Clin and Translational Allergy. 2013; 3(Suppl 3):P132. Presented at the Food Allergy and Anaphylaxis meeting in February 2014. • 5. Francavilla R et al. Pediatr Allergy Immunol. 2012; 23(5):420-7. • 6. Abrams SA et al. Am J Clin Nutr. 2002;76(2):442-6. • 7. Ziegler E et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1983;2(2):288-94. • 8. Vandenplas Y and e. al. Extensively hydrolysed formula with two human milk oligosaccharides reduces the rate of upper respiratory tract infections in infants with cow's milk allergy. EAACI Congress. 2020. London. • 9. Althéra versus Nutramigen competitive benchmarking test – Sweden 2012 (internal data)

SCAN DE QR-CODE VOOR MEER INFO

Dit document is uitsluitend voorbehouden aan de health care professional. Voeding voor medisch gebruik - Gebruiken onder medisch toezicht.

Moeders moeten worden aangemoedigd om borstvoeding te blijven geven, zelfs wanneer hun baby een koemelkeiwitallergie hebben.
Dit vereist gekwalificeerde dieetbegeleiding om alle bronnen van koemelkeiwit uit het dieet van de moeder te halen.
HMO = Humane Melk Oligosacchariden, de 2 HMOs in Althéra zijn qua structuur identiek aan de HMOs in moedermelk, maar worden niet gewonnen uit moedermelk.

www.NestleHealthScience.nl

Nestlé HealthScience