



**SECTIE SOCIALE EN
PSYCHOSOCIALE KINDERGENEESKUNDE**

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Beleidsplan Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde 2019-2024

Versie 3.0

Woord van dank

Het voor u liggende beleidsplan werd samengesteld vanuit bijdragen van de leden van de Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde in samenwerking met het bestuur.
Namens het bestuur, Bas Zegers, voorzitter.

Colofon

E-mail: sspk.nvk@gmail.com

Website: <http://www.nvk.nl/De-NVK/Organisatie/Secties/SSPK>

Versiehistorie

Dit beleidsplan is informierend en opiniërend besproken tijdens de sectievergadering van de SSPK van 6 september 2018. De aldaar ingebrachte opmerkingen zijn verwerkt in deze versie die vastgesteld is door de leden van de SSPK tijdens de sectievergadering van 13 maart 2019.

Inhoud

	Pagina
Inleiding	3
Doelgroepen	5
Patiëntenzorg	6
Onderwijs en opleiding	7
Onderzoek	9
Rol in de maatschappij	11
Toekomst, strategie en visie	12

Inleiding

Social Paediatrics views the Child, both well and ill, and groups of children in relation to societies and human groups of which they form a part and the milieux in which they develop. (Lindstrom 1995)

Met deze definitie beginnen de inleidingen van de beleidsplannen Sociale Pediatrie sinds 2001 en nu ook die van 2019-2024. De definitie doet namelijk nog altijd recht aan de brede scoop die kinderartsen – sociale pediatrie hebben op de zorg voor kinderen.

Inmiddels heeft de sociale pediatrie een stevige plaats veroverd binnen de kindergeneeskunde in Nederland. Kinderartsen - sociale pediatrie en kinderartsen met aandachtsgebied sociale pediatrie (beide groepen vanaf hier aangeduid met 'KASP') werken zowel binnen academische en algemene ziekenhuizen als ook daarbuiten in onder andere GGZ-instellingen, Jeugdzorg, zelfstandige behandelcentra en andere instellingen voor kinderen met een stoornis of bedreiging van de ontwikkeling. Symptomen en ziektebeelden die bij uitstek onder de zorg van de KASP vallen zijn somatisch onbegrepen lichamelijke klachten, leer-, gedrags- en ontwikkelingsstoornissen (waaronder ADHD, autisme, mentale retardatie), eetstoornissen en chronisch zieke kinderen. Tevens draagt de KASP zorg voor kinderen in complexe sociale situaties die van invloed zijn op het maximaal functioneren en ontwikkelen van het kind. Een belangrijk onderdeel van de sociaal-pediatrische zorg is kindermishandeling, waaronder elke vorm van lichamelijke, geestelijke en emotionele mishandeling / verwaarlozing en seksueel misbruik valt.

De erkenning voor de KASP blijkt uit de actieve rol die de sectie speelt in het opzetten en reviseren van landelijke richtlijnen op het gebied van zowel Kindergeneeskunde als ook Jeugdgezondheidszorg en Jeugdhulpverlening. Ook is de sectie kartrekker van het beleid rondom kindermishandeling. De cursus Wetenschappelijk Onderwijs Kindermishandeling voor Kinderartsen (WOKK) is mede opgezet door kinderartsen-sociale pediatrie en is inmiddels verplicht, al dan niet in een vergelijkbare cursusvorm, voor kinderartsen in opleiding. De cursus ADHD, eveneens mede een initiatief van KASP, wordt ook goed bezocht.

In drie regio's (Noord, West en Zuid) worden structureel bijeenkomsten voor functionele samenwerking voor KASP en andere geïnteresseerde collegae georganiseerd. Deze bijeenkomsten zijn een eis voor herregistratie, maar tegelijkertijd een forum om regionaal na te scholen en onderling te overleggen. De subspecialistische opleiding tot kinderarts - sociale pediatrie is op dit moment erkend in vier academische centra (Amsterdam, Groningen, Maastricht-Veldhoven en Utrecht). Sectieleden sluiten daarnaast ook aan bij, en participeren actief binnen, de International Society for Social Pediatrics (ISSOP).

Er zijn dus veel positieve ontwikkelingen binnen de sociale pediatrie, maar tegelijkertijd zijn er ook bedreigingen.

- De transitie van jeugdzorg en de zorg voor kinderen met leer-, gedrags- en ontwikkelingsstoornissen waarbij deze zorg onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten is gaan vallen, ging gepaard met forse financiële bezuinigen, andere verwijzingsstructuren en een enorme toename van administratieve last. Dit alles heeft een negatief effect op de werkzaamheden van de KASP, zowel werkzaam in als buiten de ziekenhuizen. Op veel plekken worden de werkzaamheden die gekoppeld zijn aan deze nieuwe organisatie- en financieringsstructuur niet meer vanuit de kindergeneeskunde

aangeboden: sommige ziekenhuizen en ZBC's stoppen of zijn al gestopt met deze zorg, en bij vertrek van kinderartsen worden de posities niet altijd opnieuw ingevuld.

- Door natuurlijk verloop is het aantal geregistreerde KASP teruggelopen van 47 in 2005 tot 22 in 2018, en in de komende jaren zal een aantal van deze 22 kinderartsen met pensioen gaan. Het is dan ook van belang dat in de komende jaren het aantal opgeleide KASP dusdanig toeneemt dat er minimaal twee fte kinderartsen – sociale pediatrie per academisch ziekenhuis aanwezig zijn, één fte per STZ-ziekenhuis en een adequaat aantal fte (al dan niet vanuit de academie en STZ) in extramurale instellingen.

Er bestaat veel belangstelling onder de kinderartsen in Nederland voor sociale en psychosociale aspecten van de kindergeneeskunde. Dit is terug te zien in het grote aantal leden van de sectie, zijnde 101 in 2018. Ook voor de leden van de sectie is het bestaan van voldoende goed opgeleide KASP belangrijk om de zorg en zorgstandaarden up-to-date, en zo veel mogelijk 'evidence-based' te houden. Daarvoor zijn wetenschappelijk onderzoek, nascholing, regelmatige contacten tijdens de bijeenkomsten van de bestaande functionele samenwerkingsverbanden en de halfjaarlijkse wetenschappelijke sectievergaderingen noodzakelijk.

Als sectie zijn wij, net als de rest van kindergeneeskundig Nederland, overtuigd van het belang van de sociale pediatrie in de zorg voor zowel zieke als gezonde kinderen. Wij verwachten dat de huidige maatschappelijke ontwikkelingen steeds meer aandacht voor deze aspecten in de zorg voor het kind en zijn gezin zullen vragen. De aangepaste definitie van sociale geneeskunde van Muntendam (1953) blijft hierbij, ook 66 jaar na dato, verrassend accuraat:

“Sociale kindergeneeskunde is het deel van de kindergeneeskunde dat studie maakt van de maatschappelijke context waarin kinderen leven en waarin het verband tussen gezondheid en ziekte, en ziekte en samenleving tot uitdrukking komt. Die verbanden legt tussen ziekte en de gevolgen op het dagelijkse functioneren en op de kwaliteit van leven. Die maatregelen ter bevordering van de optimale gezondheid en ontwikkeling van kinderen vaststelt, en maatregelen ter voorkoming en bestrijding van beperkingen bij ziekte. Die samenwerkt om de toepassing van deze maatregelen in de maatschappij te bevorderen”.

Doelgroepen

Bij de doelgroepen van de sociale pediatrie behoren alle kinderen met een verhoogd risico op ontwikkelings- en gedragsproblemen, sociaal-emotionele problemen en psychosomatische zorgbehoeften, als ook chronische lichamelijke problemen. Al deze kinderen, en hun gezin, hebben recht op zorg door een kinderarts met ervaring op dit gebied. Tot die kinderen behoren onder andere:

- kinderen die slachtoffer zijn, zijn geweest of dreigen te worden van kindermishandeling
- kinderen met een leer-, gedrags- of ontwikkelingsstoornis
- kinderen met een psychiatrische stoornis
- kinderen met somatische klachten bij functionele of psychiatrische (gezins-)problematiek
- kinderen met eetstoornissen of somatoforme stoornissen
- kinderen met medische problemen ten gevolge van gedragsproblemen (intoxicaties, verslaving etc.)
- kinderen waarvan (aanstaande) ouders psychiatrische problemen hebben
- kinderen met een chronische ziekte en de gevolgen daarvan
- kinderen met een blijvende lichamelijke beperking
- kinderen met complicaties van vroeggeboorte en/of dysmaturiteit
- kinderen, bedreigd in hun ontwikkeling, als complicatie van medisch ingrijpen

Patiëntenzorg

De essentie van de werkzaamheden van een KASP is het discipline-overstijgend werken. De KASP kent de intramurale, regionale en landelijke sociale kaart en gebruikt deze kennis in elk onderdeel van zijn werk en in alle contacten.

Gestreefd moet worden naar zowel het top-down opzetten van regionale kennisnetwerken, met kinderartsen (zowel algemeen als KASP, en zowel extramuraal / transmuraal en academisch / perifeer werkend), huisartsen, jeugdartsen, vertrouwensartsen en vertegenwoordigers van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), teams Vroeghulp, zorgteams voor kinderen met een verstandelijke beperking, enzovoort. Hierbij kan gedacht worden aan het verbreden van de reeds bestaande functionele samenwerkingsverbanden.

Anderzijds verdient elk kind binnen het sociaal-pediatrische bereik een bottom-up netwerk met specifiek individuele maar ook gezinsgerichte zorg vanuit de benodigde expertise. Hiertoe bestaat in de meeste regio's de Integrale Vroeghulp (vaak 0-7 jaar), en het kan verstandig zijn dit type overleg te verbreden naar 0-18 en zelfs 23 jaar. In dit kader is het belangrijk dat de KASP actief deelneemt als medisch specialist binnen de jeugdzorg, zoals reeds beschreven in de Landelijke Samenwerkingsafspraken Jeugdzorg. De zelfstandige positie van de KASP is in deze belangrijk voor kinderen en hun gezinnen, om de benodigde zorg te kunnen krijgen vanuit een breed kindergeneeskundig zorgkader binnen de Jeugdzorg, zonder onnodig in de psychiatrie te belanden. Ook zijn KASP ondersteunend aan andere kinderartsen binnen academische en perifere ziekenhuizen door op consultbasis te kijken naar de specifieke voorwaarden waaronder behandelde kinderen maximaal kunnen participeren in de maatschappij.

Doel moet uiteindelijk zijn dat er geen kinderen meer tussen wal en schip kunnen vallen doordat alle benodigde zorgverleners gezamenlijk beoordelen hoe en waar het kind en zijn gezin het beste begeleid en ondersteund kan worden, en hulpverleners niet langer uitsluitend in hun eigen werkomgeving met het betreffende kind bezig zijn.

Onderwijs en opleiding

De opleiding tot arts

In het huidige curriculum van de opleiding tot basisarts zijn reeds vele aspecten van de sociale pediatrie vertegenwoordigd, waaronder het onderwerp kindermishandeling en de ethische en maatschappelijke aspecten van de geneeskunde. Tijdens de coschappen komen de studenten ook in aanraking met de sociale pediatrie: wanneer een KASP (een deel van) de begeleiding doet, maar ook wanneer de begeleider een algemene kinderarts is, maakt de coassistent kennis met gedragsproblemen, ontwikkelingsstoornissen, kindermishandeling, somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, eetproblemen, de sociale kaart, et cetera.

De opleiding tot kinderarts

Het onderwijsplan voor de opleiding kindergeneeskunde wordt vanaf dit jaar omgezet van de Generieke Onderwijs en Evaluatie Doelen (GOED) naar TOP2020. De opleiding bestaat uit een universeel deel van vier jaar en een differentiatiefase in het laatste jaar. Beheersing van de verschillende competenties die van elke kinderarts mag worden verwacht volgens het CANMEDS-systeem wordt in TOP2020 verder ontwikkeld naar een individueel opgezette opleidingsplan, waarbij elke AIOS de ruimte heeft expertise binnen elk gewenst onderwerp te verwerven <https://www.nvk.nl/Opleiding/Opleiding-tot-algemeen-kinderarts/TOP-2020>.

De competentiegebieden medisch handelen, communicatie, samenwerking, professionaliteit, organisatie, maatschappelijk handelen en kennis & wetenschap blijven bestaan. De sociaal-pediatrische leerdoelen voor de opleiding kindergeneeskunde worden beschreven in meerdere themakaarten. De beoordeling van de beheersing van het thema wordt gedaan op basis van kenmerkende beroepssituaties. In het differentiatiejaar bestaat de mogelijkheid tot verdiepings- en profileringsstages. Tijdens een verdiepingsonderdeel kunnen sociale pediatrie en extramurale kindergeneeskunde een aandachtsgebied worden. Arts-assistenten kunnen hun stage naar eigen behoefte invullen. Verschillende academische- en perifere opleidingsklinieken bieden op dit moment eveneens profileringsstages aan in de sociale pediatrie (www.opleidingsetalage.nl).

De stuurgroep Cursorisch Onderwijs (SCO) coördineert landelijk het cursorisch onderwijs. Dit onderwijs wordt tweemaal per jaar afgesloten met een toets. Hierbinnen heeft ook het onderwerp sociale pediatrie een plaats. In juni 2012 is gestart met een landelijke afstemming en synchronisatie van het regionale onderwijs en in 2015 heeft de sociale pediatrie voor de eerste maal het regionaal onderwijs en de toetsvragen verzorgd. In 2019 zal dit wederom het geval zijn.

De cursus signalering kindermishandeling (WOKK) of een gecertificeerde lokale cursus kindermishandeling is voor iedere arts-assistent verplicht. Aangezien sociaal-pediatrische onderwerpen longitudinaal gedurende het hele curriculum aan bod komen en de opleiding gebaseerd is op verschillende rotaties, is het belangrijk extra aandacht te hebben voor de evaluatie van de sociaal pediatrische leerdoelen.

De opleiding tot kinderarts - sociale pediatrie

In 2014 zijn de gereviseerde opleidingseisen van het subspecialisme sociale pediatrie goedgekeurd. Wij verwijzen naar dit document: <https://www.nvk.nl/De-NVK/Organisatie/Secties/SSPK/Besloten-omgeving-SSPK/Overzichten> (inlog verplicht).

De opleiding tot KASP wordt momenteel verzorgd door vier centra, te weten Groningen (3 fellows), Utrecht (3), Amsterdam (2) en Maastricht-Veldhoven (3). De sectie heeft een opleidingscommissie bestaande uit de opleiders en plaatsvervangend opleiders van de vier opleidingsklinieken, waarbij de voorzitter tevens sectievertegenwoordiger is in het plenair overleg van de Commissie Specialistische Opleidingen (pCSO). Deze opleidingscommissie vergadert vier keer per jaar: voorafgaand aan de halfjaarlijkse sectievergaderingen en aan de vergaderingen van het plenaire CSO. Samen met de vertegenwoordiger in het dagelijks bestuur (db)CSO is de vertegenwoordiger van de sectie in het plenaire CSO verantwoordelijk voor de fellowaanvragen. Aanvragen en beoordelen verloopt via GAIA, daarbij geleid door het Handvest CSO en de aanvullende eisen gesteld door onze sectie.

Voor de beoordeling van herregistraties komen de aanvragen ook bij onze vertegenwoordiger in het dbCSO, de vertegenwoordiger van de sectie in het plenaire CSO en twee andere leden van de opleidingscommissie. Daarbij is adequate visitatie van belang. Op dit moment wordt er door de NVK een nieuw visitatieprotocol opgesteld, waarbij de zorg van de sectie ligt bij de extramuraal werkende KASP, waarvoor nu (voorjaar 2019) nog geen vaste richtlijnen wat betreft kwaliteitsvisitatie afgesproken zijn. Tenslotte is er ook een visitatiecommissie voor beoordeling van de opleidingskwaliteit van de opleidingscentra.

Nascholing sociale pediatrie

De programma's van de wetenschappelijke vergaderingen van de SSPK (tweemaal per jaar) en wetenschappelijke programma's tijdens de functionele samenwerkingsbijeenkomsten zorgen dat een breed palet aan sociaalpediatrische onderwerpen behandeld wordt door zowel externe sprekers als sprekers vanuit de sectie. De cursussen voor AIOS, mede opgezet vanuit de sociale pediatrie (WOKK en ADHD-cursus), bieden de KASP mogelijkheden om 'up-to-date' te blijven en kennis te nemen van de nieuwste ontwikkelingen. Landelijke en regionale nascholing voor KASP wordt ook regelmatig aangeboden door aanpalende specialismen (bijvoorbeeld kinderpsychiatrie).

Nascholing van paramedici

Regionaal wordt ad hoc aan huisartsen, POH-jeugd, verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, apothekers en andere medewerkers scholing gegeven over aspecten van de sociale pediatrie.

Onderzoek

De gewenste situatie wat betreft onderzoek is nog altijd landelijk ondersteunde onderzoekslijnen om vanuit de landelijke behaalde onderzoeksresultaten te komen tot één visie en één beleid op sociaal -pediatrisch gebied. Aangezien sociale pediatrie zelden afzonderlijk werkt, maar onderdeel uitmaakt van andere deelgebieden in de pediatrie, is discipline-overstijgende samenwerking met bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, de kinder- en jeugdpsychiatrie, gynaecologie en de jeugdhulpverlening daarbij essentieel.

Vereiste stappen om in de komende vijf jaar tot dit doel te komen:

1. Gezamenlijk vaststellen van onderwerpen voor onderzoek:
 - Kindermishandeling / NODOK
 - Functionele klachten / Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK)
 - Chronisch zieke kinderen
 - Eetstoornissen / obesitas
 - Ontwikkelingsstoornissen inclusief zintuiglijke beperkingen
 - Opgroei- en opvoedproblemen
 - Preventieve gezondheidszorg
 - Somatische problemen bij psychiatrische / psychosociaal belaste voorgeschiedenis
 - Rechten van het kind / 'child advocacy'
 - School- / leerproblemen / schoolverzuim
2. Verdelen en uitvoeren van een onderzoekslijn binnen één van de vier opleidingscentra
 - Afhankelijk van reeds lopende zorgpaden en voorkeuren
 - Werven van (fellows) kinderartsen – sociale pediatrie en studenten
 - Gezamenlijke beoordeling onderzoekopzetten in opleidersvergadering en op SSPK-dag
 - Regionaal of landelijk uitzetten onderzoek
 - Informatie-uitwisseling binnen en buiten de sectie over onderzoekopzet, onderzoek en onderzoeksresultaten.
 - Onderzoeksresultaten publiceren

Manieren om voorgaande punten te behalen:

1. Bovenstaande en gekozen onderwerpen komen afwisselend in een roulatiesysteem aan de orde op de halfjaarlijkse wetenschappelijke dagen van de SSPK.
2. Onderzoek (opzet, planning, resultaten) wordt op elke SSPK-dag besproken aan de hand van bovenstaande onderwerpen. Ter vergadering kunnen leden onderzoeksvragen inbrengen.
3. Onderzoek moet zoveel mogelijk bruikbaar zijn in de patiëntenzorg, ten goede komen aan een gemeenschappelijk gedragen richtlijn en leiden tot 'evidence based' resultaat.
4. Elke onderzoekslijn wordt gedragen door zowel de lokale opleider / onderzoeker als een lid van het sectiebestuur. Zij coördineren de informatieoverdracht naar de leden over dit onderzoek. Zij organiseren de nascholing over de hun toebedeelde onderwerpen op de betreffende SSPK dag.

Rol in de maatschappij

Als sectie zijn wij primair verantwoordelijk voor input aan en participatie binnen de Commissie Pleitbezorging van de NVK.

Daarnaast dreigt door de transitie en transformatie Jeugdzorg veel kennis op het gebied van sociale pediatrie bij instellingen voor jeugdzorg en jeugd-GGZ te verdwijnen. Het is namelijk helaas niet meer vanzelfsprekend dat een kinderarts met kennis op het gebied van de sociale pediatrie deelneemt aan het behandelteam. De sectie dient zich er sterk voor te maken dat deze situatie herkend en erkend wordt, met plannen voor verbetering vanuit de SSPK.

Een positieve innovatie is de ontwikkeling van het Medisch KindzorgSysteem (MKS), waarbij kinderen zoveel mogelijk extramuraal behandeld en begeleid worden, onder verantwoordelijkheid van de kinderarts. In deze ontwikkeling is juist de KASP de aangewezen persoon om de sociale kaart maximaal in te zetten voor ondersteuning van zowel kind als gezin. Ook bij de doorontwikkeling van Kinderpalliatieve Zorg, chronische zorg en Netwerken Integrale Kindzorg (NIK) zijn KASP betrokken.

Daarnaast dienen wij actief te participeren in specifieke projecten op het gebied van voorlichting en scholing, al dan niet aangeboden vanuit de sectie, aan doelgroepen in de samenleving (jeugdzorginstellingen, kinder- en jeugdpsychiatrie, Centra Jeugd en Gezin (CJG's), scholen, kinderrechtshouders). Ook verdient het de aanbeveling dat KASP deelnemen aan gemeentelijke en andere bestuurlijke overleggen.

Toekomst, strategie en visie

De sociale pediatrie heeft een belangrijke plaats binnen de kindergeneeskunde in Nederland. Omdat de sociale pediatrie naar het gehele kind binnen zijn of haar gezin en context kijkt, is het bij uitstek het specialisme dat aandacht besteedt aan de rol en participatie van het kind in de maatschappij.

Door verschillen in organisatiemodellen van medische zorg is de sociale pediatrie in Nederland niet goed vergelijkbaar met die in andere landen. Wij hebben hier een uitstekende basis voor de preventieve zorg, geleverd door de Jeugdgezondheidszorg. Echter, de hulpverleners binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg, dus ook de KASP, verkeren momenteel in zwaar weer door de moeilijkheden ten gevolge van de transitie en transformatie jeugd-GGZ in 2015 en Jeugdzorg in 2016.

Voor **de Jeugdzorg** betekent dit dat onze rol in de verzorging van maximale participatie van kinderen de komende jaren belangrijk is en blijft, gezien het hoge risico op uitval van risicokinderen door nog onvoldoende ondersteuning vanuit de Centra Jeugd en Gezin, jeugdhulpverlening en lokale gemeenten.

In **de jeugd-GGZ** is de situatie nog nijpender: de huisartsen zijn bij lange na nog niet ingericht op voldoende kennis, capaciteit en ondersteuning vanuit POH-jeugd en Jeugdhulpverlening om de eerstelijnsproblematiek binnen de jeugd-GGZ adequaat op te pakken. Daar komt bij dat anderzijds de gecertificeerde GGZ-instellingen vastlopen op meerdere factoren: er is onvoldoende budget, onvoldoende commitment vanuit gemeenten en onvoldoende kinderpsychiatrische formatie om de ernstigere vormen van jeugd-GGZ adequaat te kunnen ondersteunen.

Een discussie die meer en meer leeft is of **de GGZ-zorg van de leeftijdscategorie 18-23 jaar** niet ook binnen de sociale pediatrie moet vallen: de kwetsbare jongeren hebben op 18-jarige leeftijd nog niet de mentale capaciteit en zelfredzaamheid van een beginnend volwassene, en ook de gemiddelde jongere komt juist op die leeftijd in een vaak moeizame overgangperiode naar zelfstandigheid, opleidingskeuze, relatievorming en toenemende vraag naar autonoom gedrag. Na de transitie betekent dit dat het kind vanuit de relatief veilige kindergeneeskunde zorg overgaat naar de volwassen GGZ, verleend door psychiaters zonder specifieke kennis van de risico's van adolescentie, en uitgaand van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. We zien dan ook dat tot op heden deze jongeren vaak een terugval kennen in hun problemen, zonder adequaat vangnet. Onze voorkeur gaat dan ook uit naar continuering van sociaal-pediatrische zorg tot aan voldoende zelfredzaamheid en zelfstandigheid van de kwetsbare jongere, ook al is dat ruim ná de 18^e verjaardag.

Voor de belangenbehartiging van het bedreigde kind zullen wij met nationale en internationale organisaties moeten samenwerken, in **samenwerking met de NVK**, de overkoepelende Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. In verband hiermee is het belangrijk dat de sectie nauwe banden blijft houden met het bestuur van de NVK en ingaat op verzoeken van de NVK om bepaalde onderwerpen uit te werken, en gevraagd en ongevraagd advies aan de NVK geeft. Voorkeur heeft het dan ook om in de komende jaren een positie binnen het bestuur van de NVK te bezetten met een kinderarts – sociale pediatrie.

Om de landelijke sociaal-pediatrische visie om te zetten in **gezamenlijke doelen**, richtlijnen en breedgedragen wetenschappelijk onderzoek zullen, naast de UMC's met reeds een opleiding, álle UMC's de sociale pediatrie moeten omarmen en ondersteunen. Hiervoor zullen vanuit de SSPK en opleiders ook Rotterdam, Leiden en Nijmegen moeten worden ondersteund om minimaal adequate sociale pediatrie te verzorgen, en mogelijk in de toekomst ook de opleiding sociale pediatrie.

Contact met de gremia binnen de NVK, die de eisen voor **de opleiding tot kinderarts** uitwerken, blijft essentieel: aandacht tijdens de opleiding voor de sociale pediatrische aspecten van de kindergeneeskunde moet bewaakt en zelfs uitgebreid worden de komende tijd. Hiermee zullen toekomstige kinderartsen een (nog) betere basis in sociaal-pediatrische inzichten krijgen, onafhankelijk van een eventuele subspecialisatie: ook de algemeen kinderarts en subspecialist behoren een adequate kennis van de sociale kaart te hebben. Daarbij kan, naast de WOKK, bijvoorbeeld gedacht worden aan een verplichte landelijke cursus SOLK aan de hand van de zojuist verschenen landelijke richtlijn. Ook ligt er een rol voor de KASP in de scholing van aanpalende specialisten, zoals SEH-artsen, orthopeden, chirurgen, neurologen en revalidatieartsen, in het herkennen van kindermishandeling en SOLK.

In de komende jaren zullen wij het belang van de sociale pediatrie moeten onderstrepen met positieve resultaten van goed opgezet kwalitatief en kwantitatief **wetenschappelijk onderzoek** naar sociaal-pediatrische onderwerpen. Mede door de inauguratie van onze hoogleraar Lifecycle Pediatrics in 2018 kunnen wij gedegen, landelijk gedragen en belanghebbend onderzoek verrichten, waarbij het opzetten van een wetenschappelijke commissie binnen onze sectie onontbeerlijk lijkt. Streven is een centraal onderzoeksinstituut te realiseren, van waaruit de onderzoekslijnen worden uitgezet, gecoördineerd en ondersteund.