

# TOVERTRUCS VAN DE



# kinderverarts



Contact met de patiënt is de basis voor een zinvolle behandeling. Bij kinderen valt het niet altijd mee om dit te bereiken. Eerlijkheid en duidelijkheid zijn de belangrijkste tovertrucs.

TEKST: PAUL BRAND  
 BEELD: GETTY IMAGES, FOTORESEARCH.COM, ANP, CORBIS

*'Geef de dokter maar even een hand, Jurriaan.' De keurige mevrouw geeft haar vierjarige zoontje, eveneens uitgedost in Tommy Hilfiger, een duwtje in de rug. Jurriaan heeft er duidelijk geen zin in. Hij draait zich om, grijpt zich vast aan de benen van zijn moeder en duikt met zijn gezicht in haar rok. De mevrouw glimlacht ongemakkelijk, pakt Jurriaan aan een arm beet en wil hem weer omdraaien. 'Je moet de dokter even een hand geven, Jurriaan!' Ondertussen kijkt ze mij verontschuldigend aan. 'Sorry hoor, normaal gesproken doet hij nooit zo.'*

*Ik maak een gebaar met mijn handen van 'geeft niet' en begin het consult. Terwijl moeder mijn vragen beantwoordt (ook als ik ze aan Jurriaan stel), zoek ik steeds weer oogcontact met haar zoon. Ik glimlach naar hem - hé jongen, ik begrijp je, van mij hoef je geen hand te geven. Ik reik af en toe een speelgoedje aan. Ik doe een kiekeboespelletje vanachter mijn handen.*

Kinderen houden niet van verandering. Nieuwe mensen zijn eng en nieuwe mensen in een onbekende omgeving al helemaal. Het is dus volkomen normaal dat een peuter of kleuter zich ernstig ongemakkelijk voelt bij een bezoek aan de dokter. Sterker nog: ik zou me zorgen maken als een kind van vier mij bij het eerste bezoek een stevige handdruk geeft en 'dag dokter' zegt. Ouders vinden het niet altijd eenvoudig om daarmee om te gaan, zo blijkt in de praktijk van alledag. Aan de ene kant heb je de keu-

rige mensen zoals de moeder van Jurriaan, die bang zijn dat het tegendraadse gedrag van hun kind wordt beschouwd als falen van hun opvoeding. Het andere uiterste zijn ouders die volledig meebewegen met de grillen van hun kind, en die daardoor het obstinate gedrag zodanig versterken dat er geen zinnig gesprek meer te voeren is. Hier houdt geneeskunde in engere zin op en begint geneeskunst, de magie van het vak.

## Bandbreedte

In ons vak is het kind de patiënt en contact met de patiënt is een voorwaarde voor een nuttig consult. De kunst is dus om contact te maken en daarvoor dienen zender en ontvanger op elkaar te zijn afgestemd. In contact met kinderen heeft de ontvanger (het kind) doorgaans een beperkte bandbreedte, die wordt bepaald door de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. De zender (de dokter) dient dus een beetje te spelen met de *tuning*-knop - welke signalen van mij komen aan, worden opgepikt? Ik vind dat een van de meest betoverende (en bevredigende) aspecten van ons vak: als er een verbinding tot stand komt, word je onmiddellijk beloond. Een glimlach, beweging bij het kind, ontspanning, contact. En daarmee is de basis voor een zinvolle behandeling gelegd.

*Tim is geboren met een oesofagusatresie. Hij is geopeerd, maar er treden allerlei complicaties op. Na zes*

*maanden academisch ziekenhuis, kinder intensive care en vele operaties en problemen wordt hij teruggeplaatst naar ons ziekenhuis, dichterbij zijn huis. Hij weigert om te drinken, duwt de fles met zijn tong weg, slaat de lepel uit de handen van zijn moeder of de verpleging. Hij is erg passief en in zichzelf gekeerd, ligt bij zijn moeder op schoot met het hoofd achterover. Moeder is ten einde raad. Ze wil hem zo graag zelf voeden, maar Tim weigert elke poging daartoe. De doorbraak in zijn behandeling komt niet van een dokter, een psycholoog of een verpleegkundige. De pedagogisch medewerker komt op een dag bij Tim en in plaats van de fles in zijn mond te duwen, zet ze deze op haar hoofd en trekt er een gek gezicht bij. Als bij toverslag slaat Tims stemming om: hij geeft een stralende glimlach als antwoord en steekt zijn armen naar haar uit. Hij wil spelen! In de weken daarna wordt hierop verder*

*gebouwd: Tim wordt op een positieve manier uitgedaagd tot spel en wordt beloond voor initiatief. Een week later pakt hij voor het eerst zelf de fles beet, nog een week later steekt hij hem spontaan in zijn mond.*

### **Incommunicado**

Als kinderen doktertje spelen, maakt het ene kind het andere gauw 'beter'. Daarbij zetten ze meestal de gereedschappen uit het dokterskoffertje in. Oorkijker in het oor, stethoscoop op de borst, zoouo, beter ben je weer. De dokter kan toveren! Dergelijke hooggespannen verwachtingen kan de beroepsgroep in werkelijkheid natuurlijk nooit waarmaken. We kunnen niet toveren met de instrumenten die we uit onze witte jas halen, we kunnen ze wel 'betoverend' maken voor kinderen. Maar voordat het zover is, moet er eerst contact zijn met het kind, moet het kind de dokter vertrouwen.

Het contact maken met een patiënt lijkt een open deur, maar is het in de praktijk toch vaak niet. In het voorbeeld van Tim hadden diverse zeer geleerde disciplines zich al over de casus gebogen en adviezen gegeven: er waren consulten geweest van kinderarts, kinderchirurg, kno-arts, logopedist, fysiotherapeut en psycholoog. Hoewel die allemaal goed hadden nagedacht over Tims problemen en er naar eer en geweten over hadden geadviseerd, had geen van allen zich gerealiseerd dat de behandeling pas kan beginnen als er contact is gelegd. En door alle negatieve ervaringen op een kinder-IC had Tim zich gewoon afgesloten voor contact. Hij was incommunicado geworden. Dat zijn we niet zo gewend. Bekender zijn de verhalen over artsen die, laten we het maar netjes zeggen, suboptimaal communiceren.<sup>1,2</sup> Je zou denken dat in ons tijdsgewricht van competentiegerichte opleidingen en communicatiecursussen de botte en slecht communicerende dokter snel uitsterft, maar dat is niet wat ik zie en hoor. In vrijwel alle klachten en tuchtzaken gaat het meer over communicatiestoornissen dan over medisch inhoudelijke fouten. Ook onder jonge collega's zie ik horkerig gedrag: de dokter loopt de wachtkamer in, roept 'meneer Jansen!', draait zich om en loopt vast naar de spreekkamer, meneer Jansen hobbelt er achteraan. Wat voor eerste indruk krijgt meneer Jansen van zo'n dokter? Het is wat dat betreft buitengewoon leerzaam om zelf eens patiënt te zijn. Hoe je zelf zou willen worden benaderd als patiënt, is een goede leidraad in je eigen benadering van patiënten.

*Marjolein, zes jaar oud, heeft de intensieve eerste fase van haar leukemiebehandeling succesvol afgerond. De ziekte is in klinische remissie. De komende anderhalf jaar zal ze regelmatig bij ons komen voor verdere behandeling: maandelijks diverse injecties van cytostatica in haar Port-a-Cath, het eenvoudig aan*







*te prikken infuuskastje op haar borst. Ze is verlegen bij het eerste consult, zegt niet veel, kijkt de kat uit de boom. Kaal en met een dik hoofd van de prednisolon. Oogcontact, zitten bij het onderzoek, over koetjes en kalfjes praten, het werkt probleemloos. We hebben contact. Alles gaat goed, totdat ze haar eerste prik moet krijgen. Ze gaat door het lint: hysterisch gillen, schoppen, krijsen. Geen land mee te bezeilen. De*

*eerste keer wordt ze door drie verpleegkundigen vastgehouden terwijl ik haar prik. Als de naald er eenmaal zit, is het klaar, snikt ze alleen nog wat na, maar is ze verder rustig. Na afloop ga ik hierover met haar in gesprek. Wat is het nou dat haar zo bang maakt?*

## WE KUNNEN *niet toveren* MET ONZE INSTRUMENTEN

*Samen met haar moeder vertelt ze haar verhaal: in de eerste fase heeft ze heel veel verschillende dokters gehad, die het allemaal anders deden. Iedereen had zijn eigen routine. Marjolein wist niet waar ze aan toe was. De prik vindt ze vervelend, maar ze weet donders goed dat die wel moet. Wij maken een gedetailleerd plan, een routine, een ritueel voor elke keer prikken. Ik beloof haar dat ik altijd eerlijk tegen haar*

*zal zijn en nooit zal prikken zonder het aan te kondigen, en dat we ons altijd aan het afgesproken ritueel houden. Zij is de baas over het ritueel, tot het moment dat ik klaarsta met de naald. Dat stukje is van mij en daarover valt niet te onderhandelen. Dan kan ze schoppen en slaan wat ze wil, het gaat toch gebeuren. De eerste keer is spannend, de aanloop van het ritueel duurt eindeloos. Huilen, ja, maar geen schoppen, geen paniek. Een paar weken later verloopt de procedure zonder enig probleem.*

Aan een kind van zes is prima uit te leggen dat er iets vervelends moet worden gedaan. Natuurlijk zal er enig verzet zijn, boosheid, verdriet. Daar kun je je als dokter op voorbereiden. Je weet dat het gaat komen en dat is ook goed, dat mag ook. Laat het kind maar even boos zijn op de dokter; tenslotte is het ook de dokter die heeft bedacht dat de narigheid moet gebeuren. Nadat die emotie is geuit, kunnen kinderen meestal prima met vervelende zaken (zoals prikken) omgaan, mits het maar volledig duidelijk is wat er gaat gebeuren. Kinderen gedijen bij duidelijkheid en hebben dus ook recht op die duidelijkheid. Marjolein kon het prikken best hebben, toen voor haar duidelijk was wat er precies ging gebeuren. Paniek en prikangst worden veel meer veroorzaakt door de angst voor het onbekende, het niet weten waar je aan toe bent, dan door de (angst voor de) pijn van de prik zelf.<sup>3</sup> De aanpak hiervan zal verschillen al naar gelang de leeftijd van het kind. Bij zuigelingen is gebleken dat suikerwater bijzonder effectief is in het verminderen van pijn bij onaangename procedures zoals infusen prikken.<sup>4</sup> Bij peuters en kleuters kunnen afleiding en hypnose pijn en angst verminderen.<sup>5,6</sup> Bij oudere kinderen zijn zulke hulpmiddelen soms ook nodig of behulpzaam. Toch kan het ook zonder 'tovertrucs' als hypnose, als je maar gewoon eerlijk en duidelijk bent, en de tijd neemt om dit met het kind door te spreken. In wezen geldt dit natuurlijk voor iedere patiënt, ongeacht de leeftijd. Het is de kunst om je als dokter even te verplaatsen in de positie van de patiënt. Er is het stuk dat jij als dokter wilt vertellen en er zijn de dingen die de patiënt wil horen en weten. Het eerste doen zonder het laatste komt veel voor en kan irritatie en onbegrip opleveren aan de kant van de patiënt.<sup>7</sup>

### **Balanceren**

Communicatie is tweerichtingsverkeer. Bij kinderen kun je daarvoor gebruikmaken van hun natuurlijke verwondering en belangstelling. Je kunt inspelen op hun magische denken, je kunt met ze toveren en goochelen. Toch is dat balanceren op een slap koord. Als je kinderen daarmee voor de gek houdt, loop je het risico dat ze je nooit meer serieus nemen, dat je

## DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET


het contact verliest. Een prik doet altijd pijn, dat kun je misschien wel verminderen met een afleidingsmanoeuvre, maar nooit helemaal wegtoveren. Eerlijkheid en duidelijkheid zijn de belangrijkste tovertrucs van de dokter in de benadering van kinderen.

Ik ben ervan overtuigd dat het verdwijnen van de prikangst bij Marjolein een belangrijke stap

in haar behandeling is geweest. Niet levensreddend of -verlengend natuurlijk, daar is chemotherapie voor nodig. Maar wel voor haar kwaliteit van leven, voor haar vertrouwen in de medische stand, en misschien zelfs wel voor haar vertrouwen in grote mensen in het

## TOON INTERESSE IN DE MENS ACHTER DE *ziekte*

algemeen. Wat ervoor nodig was? Tijd, geduld, de wil om me te verdiepen in de oorzaak van haar probleem en een heel klein beetje kennis over ontwikkelingspsychologie. Maar vooral: gezond verstand en de wil om contact te maken met het kind, interesse te tonen in de mens achter de ziekte. Sommigen noemen dit de magie van het vak. Ik vind het de

basis van ons vak. Daar is in wezen niets magisch aan. Het is te bestuderen, te meten, te analyseren. En dus ook te leren en te onderwijzen. Daar ligt een mooie uitdaging, in ieder geval voor mezelf. 

*Prof. dr. P.L.P. Brand is kinderarts, Amalia kinderafdeling, Isala klinieken, Zwolle*

### Literatuur

1. Brand PLP. *De stoel van god. Maarn: Uitgeverij Sapienta, 2006.*
2. Hermans A. *De co-assistent. Amsterdam: Uitgeverij Podium 2007.*
3. McGrath PJ, McAlpine L. *Psychologic perspectives on pediatric pain. J Pediatr 1993; 122: S2-8.*
4. Shann F. *Suckling and sugar reduce pain in babies. Lancet 2007; 369: 721-3.*
5. Dahlquist LM, Busby SM, Sliker KJ, Tucker CL, Eischen S, Hilley L, Sulc W. *Distraction for children of different ages who undergo repeated needle sticks. J Pediatr Oncol Nurs 2002; 19: 22-34.*
6. Butler LD, Symons BK, Henderson SL, Shortliffe LD, Spiegel D. *Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. Pediatrics 2005; 115: e77-85.*
7. Kluun. *Komt een vrouw bij de dokter. Amsterdam: Uitgeverij Podium 2003.*