

# Omgaan met zieke kinderen en hun ouders

Specialisatie kindergeneeskunde

**De kinderarts is een denker én een doener. Acut handelen, strak organiseren en extreem goed communiceren zijn cruciaal. 'Je grijpt in aan het begin van een leven.'**

**Naomi Querido**



**'Dit is geen  
negen-tot-vijfbaan'**

Karin Langenberg, aios kindergeneeskunde

In de hal van de verpleegafdeling Kindergeneeskunde van het UMC St. Radboud speelt een jongetje een potje tafeltennis met zijn moeder. 'Niet te hard!', roept ze telkens als hij het pingpongballetje een flinke mep verkoopt. Even verderop staat het tafelfootbalspel, waar een jongetje met een kaal hoofd verwoed aan de stangen draait om te scoren tegen zijn zusje. Zijn familie houdt vanuit een paars zitje aan de zijkant een oogje in het zeil. Het lijkt op het eerste gezicht een vrolijke boel, maar het blijft een verpleegafdeling van een academisch ziekenhuis waar zieke kinderen – vaak met ernstige of zeldzame afwijkingen – worden behandeld. 'Dit is geen negen-tot-vijfbaan', vertelt Karin Langenberg (34) in de arts-assistentenkamer, waar niet alleen computers staan, maar ook een bedbank, een tv en een koelkast. 'De opleider en het ziekenhuis zien gelukkig in dat een ruimte als dit net dat beetje meer geeft om 24 uur per dag goede zorg te leveren.'

## Intens moment

Al tijdens haar coschappen wist Karin dat kindergeneeskunde haar richting was. 'In het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag waar ik mijn coschappen liep, zag ik kinderen van alle leeftijden, van pasgeborenen tot jongeren van 18 jaar, met niet-ernstige klachten tot serieuze aandoeningen en allerlei soorten ziektes. Als kinderarts stap je op een heel intens moment het leven van een gezin in. Je kunt heel veel betekenen. Je grijpt in aan het begin van een leven. Wat je doet, heeft veel impact.'



Dat het onhaalbaar is om in opleiding te komen tot kinderarts, vindt de vierdejaars aios irreal. 'Elke regio hanteert zijn eigen criteria, maar het gaat erom dat je laat zien waarmee jij je onderscheidt. Dat kan een promotie zijn, maar ook bestuurswerk, onderwijs of medische betrokkenheid. Natuurlijk heb ik ook wel een beetje mazzel gehad. Nadat ik een jaar als anios kindergeneeskunde en neonatologie in het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven heb gewerkt, ben ik aangenomen in Nijmegen.'

#### Goede start

Een werkdag in het ziekenhuis kent vaste elementen, zoals de overdracht in de ochtend en de patiëntenzorg op de afdeling en de poli. 'Daarnaast kan er van alles gebeuren dat acuut aandacht nodig heeft', vertelt Karin. 'We behandelen pasgeborenen met een aangeboren afwijking, brengen een navellijn in bij een baby op de ic of zorgen voor een kind op de SEH. Als kinderarts moet je kunnen omgaan met en houden van zieke kinderen.'

Het leeuwendeel van het werk draait om samenwerken, plannen en organiseren. 'De middag is vaak gereserveerd voor patiëntbesprekingen, overleg met andere specialisten, verdieping in een casus of het regelen van een logistiek traject', vertelt Karin. 'We werken samen met alle specialismen in het ziekenhuis en een aantal daarbuiten,

zoals jeugdzorg, scholen en het consultatiebureau. Mijn ervaring in Den Haag en Veldhoven met medisch specialisten, paramedici, nurse practitioners en instanties komt nu dus goed van pas.'

#### Hoge lat

In vrijwel elk medisch specialisme is communicatie belangrijk, maar voor de kinderarts ligt de lat zelfs nog een stukje hoger. 'Omdat kinderen soms te jong zijn om te kunnen praten of zich verbaal goed uit te drukken, moet je vaak zonder woorden communiceren en heel atypische klachten kunnen duiden op basis van non-verbale communicatie', vertelt Karin. 'En je hebt ook te maken met de ouders. Ouders willen de beste zorg voor hun kind. Dat vraagt een bepaalde assertiviteit: je moet staan voor je patiënt en je beleid kunnen uitleggen.' Soms willen kinderen zelf ook een duit in het zakje doen, is de ervaring van haar opleider Jos Draaisma. 'Bij kinderen tot 12 jaar hebben de ouders alle zeggenschap, maar tieners tussen de 12 en 16 jaar mogen meepraten. Natuurlijk heb je ook te maken met pientere kinderen van 10 die al hun zegje willen doen. Daar moet je een weg in vinden.'

#### Op de schop

De komende jaren gaat de opleiding tot kinderarts flink op de schop. Als voorzitter van de juniorafdeling van de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde houdt Karin zich bezig met de kwaliteit van de nieuwe opleiding. 'Het vijfde jaar kun je nu op maat inrichten met keuze- en etalagestages. Tegelijkertijd hebben we te maken met concentratie van zorg. Steeds meer ziekenhuizen leggen zich toe op een of meer aandachtsgebieden.'

De ontwikkelingen brengen met zich mee dat aiossen kindergeneeskunde tijdens de opleidingsperiode vaker van plek gaan wisselen. Karin: 'Dat kan lastig zijn als je je ook wilt settelen of een gezin met drie kleine kinderen hebt, zoals ik. Het nieuwe model geeft meer flexibiliteit, maar betekent ook dat je als arts-assistent straks meer zelf verantwoordelijk bent voor het samenstellen van je opleiding.'

#### Stapje scherper

Er zijn steeds meer kinderartsen die zich na de opleiding verder specialiseren in bijvoorbeeld infectieziekten, cardiologie of oncologie. Ook Karin is nog lang niet klaar. Volgend jaar wil ze zich toeleggen op klinische farmacologie. 'Die vervolgopleiding gaat in op de medicatie en de gevolgen daarvan in het lichaam, vooral bij kinderen met kanker. Daarna zou ik me willen subspecialiseren in kinderoncologie. Wat me aantrekt, is dat ik nóg een stapje scherper moet zijn dan op de algemene afdeling. Het gaat om leven en dood. Ouders nemen geen genoegen met halve antwoorden en ik vind het belangrijk om zo'n zware fase goed te kunnen begeleiden. Mijn advies aan iedereen die het vak overweegt, is dan ook heel simpel. Kindergeneeskunde is het mooiste vak ter wereld. Dus: als je echt wilt, ga er dan voor!'



Dr. Jos Draaisma, kinderarts UMC St. Radboud in Nijmegen

**Dr. Jos Draaisma** is kinderarts en opleider in het UMC St. Radboud in Nijmegen. Collega's hebben hem al drie keer uitgeroepen tot de beste kinderarts van Nederland.

### Wat kenmerkt dit specialisme?

'Als kinderarts moet je in de volle breedte op de hoogte zijn. Neurologie, kno, oogheelkunde: eigenlijk omvat kindergeneeskunde alle andere specialisaties, maar dan gericht op het kind. Tegenwoordig zie je steeds meer subspecialisaties in bijvoorbeeld cardiologie of oncologie, maar de allround kinderarts blijft hard nodig. Als algemeen kinderarts moet je dan ook regelmatig de boeken in. En dan nog zie ik soms ziektebeelden waar ik nog nooit van heb gehoord of die ik niet begrijp. Verder is het natuurlijk heel boeiend om met kinderen te werken.'

### Klopt het beeld dat studenten hebben?

'Nee, studenten denken vaak dat het onmogelijk is om in opleiding te komen. Dat is niet waar. Als je echt wilt, lukt het ook. Het is hard werken, maar de balans tussen werk en privé is goed te bewaken. Dat zie je hier bijna letterlijk terug: bijna alle aiossen in Nijmegen hebben zelf een of meer kinderen. Wat studenten vaak ook niet verwachten, is dat alles wat je geleerd hebt, terugkomt in de praktijk. Van biochemie tot fysiologie en anatomie.'

### Belangrijkste ingrediënten van een werkdag?

'Eigenlijk alles! Van routinewerk als overdrachten tot acute zorg voor pasgeboren baby's en kinderen die binnenkomen met letsel. 40 procent van de acute patiënten komt buiten kantooruren. Verder ben ik veel buitenshuis voor vergaderingen en ben ik voorzitter van de Centrale Opleidingscommissie van het UMC St Radboud.'

### Belangrijkste voor- en nadeel van het vak?

'Een groot nadeel is dat de zorg voor kinderen niet evenredig is aan de kosten. Door de financiering van het zorgstelsel kost elk kind geld voor het ziekenhuis. Gelukkig kan een modern ziekenhuis niet zonder kindergeneeskunde; bieden ze het niet, dan is dat voor de ouders vaak een reden om voor hun eigen behandelingen ook naar een ander ziekenhuis om te zien. Dat je veel voor kinderen en hun ouders kunt betekenen, is voor mij het grootste voordeel van het vak.' *knmg*

Meer informatie over kindergeneeskunde of andere medische vervolgoopleidingen?  
[www.knmg.nl/beroepskeuze](http://www.knmg.nl/beroepskeuze)



## ZOEKPLAATJE

### Dik been

Bij een 62-jarige man is in 2010 blaascarcinoom gediagnosticeerd. Daarvoor is hij curatief chirurgisch behandeld. Al snel blijkt er sprake van lymfogene metastasering, waarvoor hij palliatieve chemotherapie krijgt. Hij komt nu op het spreekuur van de huisarts met een dik en ietwat rood (boven)been links.

#### Wat is je diagnose?

- A. erysipelas;
- B. lymfe-oedeem;
- C. trombosebeen;
- D. chronisch veneuze insufficiëntie.



Het antwoord vind je op  
[www.artsinspe.nl/zoekplaatje](http://www.artsinspe.nl/zoekplaatje)



Voor de website

Antwoord en toelichting:

Het goede antwoord is 'lymfoedeem door metastasering'.

Lymfoedeem is een ophoping van eiwitrijk vocht in het interstitium, waardoor zwelling van weefsel (veelal arm of been) kan optreden. Het kan veroorzaakt worden door afvloedbelemmering van de lymfevaten of door een stoornis in de functie of aanleg van de lymfestructuren. Zonder behandeling is het oedeem progressief en kan het functievermindering van het aangedane lichaamsdeel veroorzaken. Dit geeft op zichzelf een verhoogde kans op het ontwikkelen van een diep veneuze trombose of het ontstaan van een infectie. Differentiaal diagnostisch zijn dit dan ook belangrijke andere oorzaken van oedeem. Bovendien kan lymfoedeem en veneus oedeem ook gecombineerd voorkomen. Voor het onderscheid: veneus oedeem geeft meestal een blauwe verkleuring van de huid, hyperpigmentatie, pitting oedeem en verbetering na elevatie van het aangedane lichaamsdeel. Bij lymfoedeem is de huid vaak bleek, verdikt, variabiliteit qua presentatie pitting/non-pitting en afhankelijk van het stadium of het oedeem nog verdwijnt bij elevatie (vergevorderd stadium niet meer verdwijnend bij elevatie). Bij een infectie (bijv. erysipelas) zie je veelal een rood, warm en gezwollen lichaamsdeel.

Bij deze casus staat gezien de oncologische voorgeschiedenis lymfoedeem door metastasering hoog in de differentiaal diagnose. Na behandeling voor blaascarcinoom wordt lymfoedeem tot in 30% van de gevallen beschreven. Vooral indien lymfeklierdissectie en/of bestraling heeft plaatsgevonden. Uiteraard is het belangrijk om trombose en erysipelas uit te sluiten. Op basis van het ontbreken van warmte en roodheid van het been werd een erysipelas door middel van lichamelijk onderzoek reeds uitgesloten. Ook een trombosebeen leek minder waarschijnlijk, maar de geconsulteerde uroloog heeft desalniettemin nadere diagnostiek naar een trombosebeen ingezet om dit (definitief) uit te sluiten. Uiteindelijk bleek sprake van lymfoedeem door progressieve metastasering. Door dit snel progressieve oedeem was deze alleenwonende man nauwelijks meer in staat om te lopen. Door de dermatoloog werd hij behandeld middels lymfapress gecombineerd met een ambulant compressief verband. De omvang van het aangedane been is hierdoor dermate afgenomen dat hij weer volledig ambulant is.

(Literatuurvermelding: [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))