

# Kindergeneeskunst

**K**indergeneeskunde is een bijzonder geliefd vak. Wekelijks krijg ik brieven van jonge basisartsen die graag kinderarts willen worden en bij ons als anios ervaring willen opdoen. Bijna altijd moet ik ze teleurstellen. Voor de sollicitatierondes voor opleidingsplaatsen in ons cluster hebben we doorgaans vijf keer zo veel kandidaten als plaatsen. De gelukkigen die een felbergeerde opleidingsplaats bemachtigen leiden vijf jaar een nomadenbestaan. Stage umc, stage algemeen ziekenhuis, intensive-carestages, keuzestages, vaak in verschillende huizen, zowel voor werk als privé. De verdiepings- en profileringsstages in het laatste jaar worden bijna allemaal in de academie doorgebracht, in de hoop zo voor te sorteren op de – alweer felbegeerde – fellowplekken in het umc. Want wil je als kant-en-klare kinderarts de – felbegeerde – baan als kinderarts met vaste aanstelling in het grote algemene opleidingsziekenhuis of het umc, dan moet je, zo denkt bijna iedereen, toch deelspecialist zijn. En dus is de opleiding vooral gericht op de academie, en vindt-ie grotendeels daar plaats – bij kinderen met zeldzame, complexe, multisysteemziekten.

En daar zit je dan, als volledig doorgespecialiseerde kinderarts-deelspecialist, in je eerste week als kinderarts in een groot STZ- of academisch ziekenhuis, je eerste poli's te doen. De meeste kinderen hebben vage verschijnselen, functionele klachten. En ze hebben bezorgde ouders. Een inventarisatie onder mijn collega's suggereert dat minder dan de helft van de kinderen die nieuw naar ons verwezen worden een medische diagnose hebben waar wij iets mee moeten. Het biomedische feestje, waar onze studie en onze opleiding in het umc grotendeels om draaien, helpt ons bij de meeste patiëntjes niet of nauwelijks verder. In plaats daarvan moeten we gevoel reflecteren, begrip tonen voor bezorgdheid, onderhandelen over diagnostiek, uitleggen en geruststellen, doorvragen naar drijfveren voor ongezonde levensstijl, de sociale situatie in kaart brengen. Leren snappen dat je een vermoeide puber meer helpt door een goede anamnese met aandacht ook voor school, levensstijl en peergroup dan met een standaardrijtje labonderzoeken om 'somatische oorzaken uit te sluiten'. Ongevraagd advies wordt zelden of nooit opgevolgd. Logisch, want dat doe je zelf ook niet. Nóg eens uitleggen dat de ouders toch echt de medicijnen moeten geven, heeft dus geen enkele zin. Toon begrip voor de machteloosheid van ouders bij wie je kindermishandeling vermoedt. Blijf in gesprek.

De opleiding tot kinderarts bereidt de kinderarts anno 2015 onvoldoende voor op al deze vaardigheden. We stellen een cursus reanimatie verplicht, terwijl de gemiddelde kinderarts één keer per twee jaar een kind moet reanimeren, en dat bijna nooit alleen doet. En voor iets wat de kinderarts de rest van zijn loopbaan dagelijks doet, bezorgde ouders begeleiden en geruststellen, bieden we... nou ja, iets meer dan in mijn tijd. Iedere aios krijgt een cursus communiceren. Een of twee dagen, en daarna moet je het kunnen. En leren door vallen en opstaan. Zo heb ik het ook geleerd. En ben ik, denk ik, een heel eind gekomen. Kortom: het eindresultaat is goed, maar de weg ernaartoe kan beter. En moet beter, volgens mij. Met méér aandacht voor, begeleiding bij en feedback over geneeskunst. Niet impliciet, op basis van goede en slechte voorbeelden zelf uitknobbelen wat je wel en wat je niet wilt kopiëren. Maar expliciet en gestructureerd. Daar gaan we in Zwolle nog meer ons best voor doen. ■



JOB SCHLINGEMANN