

Genezen zonder au

Kinderen ervaren bij medische ingrepen in ziekenhuizen te vaak pijn en angst. Nederland loopt voorop met een nieuwe aanpak.

Bram Hahn

Bibi van der Velden (39) kan zich het nog helder voor de geest halen. Haar dochter Charlie, toen vijf jaar oud, had acute lymfatische leukemie en lag maanden in het ziekenhuis. Ten behoeve van een onderzoek moest ze weer eens een radioactief drankje innemen. Charlie voelde zich beroerd en het spul was enorm smerig, dus ze zag er vreselijk tegenop. Toen ze het eindelijk naar binnen had gewerkt, kwam er een verpleegkundige binnen die zei: 'Ach, dat had natuurlijk ook via de sonde gekund.'

Het was niet Charlies ergste of pijnlijkste ziekenhuiservaring, maar Van der

Velden noemt het omdat het illustreert hoe het nog vaak gaat in ziekenhuizen. 'Medisch gezien is de zorg fantastisch, maar qua begeleiding, meedenken, zich verplaatsen in het kind, is er nog veel te winnen.' Daardoor krijgen veel kinderen te maken met pijnlijke en traumatische ervaringen, die ze lang meedragen. Denk aan prikken of hechten zonder goede verdoving, of het verwijderen van een buis uit het lichaam. En het gaat niet alleen om kinderen die lang in een ziekenhuis verblijven, maar ook om degenen die voor kleine verrichtingen op de eerste hulp of polikliniek komen.

Om pijnbestrijding bij kinderen hoger op de agenda van ziekenhuizen te krijgen, richtte Van der Velden de stichting Charlie Braveheart op. Ze zocht specialisten die er wel werk van maakten. Het eer-

ste doel: de bestaande kennis en ervaringen in kaart brengen. Want er zijn al tal van initiatieven op dit terrein, zoals stichting Kind & Ziekenhuis en Hypnose voor Kinderen. Wat ontbrak was een gecoördineerde aanpak. Daarbij kwam onder anderen Piet Leroy (50) op haar pad, een Belgische kinderarts, die zich al ruim vijftien jaar in het Maastricht UMC+ bezighoudt met pijnbestrijding bij medische verrichtingen.

Leroy: 'Ik verbaasde mij erover hoe makkelijk artsen deden over pijn bij kinderen. Ze vonden het meestal pas een probleem als kinderen door pijn of angst te veel bewogen in de MRI-scanner.' Van der Velden: 'Het is geen boze opzet, maar veel artsen die dagelijks met deze gevallen te maken hebben, raken afgestompt.'

Leroy had in Maastricht al een zorg-

Kinderarts Piet Leroy
(rechts) prikt een patiëntje,
terwijl een collega
haar lachgas toedient



Linette Deurink

unit voor pijnbestrijding bij kinderen en verwerkte de ervaringen in 2012 in een richtlijn. Zijn aanbevelingen werden breed geaccepteerd en er trad verbetering op. Pijnlijke ingrepen als beenmergpunctie gebeurden voortaan steeds vaker met een flinke verdoving. Maar Leroy wilde meer, zeker ook bij kleine dagelijkse medische handelingen, waarbij nog niets aan pijnbestrijding werd gedaan. 'Het zou de norm moeten zijn om pijn en stress zo veel mogelijk te vermijden en het comfort van het kind voorop te stellen. Dat is het recht van het kind, maar maakt behandelingen ook succesvoller en waarschijnlijk ook efficiënter.'

Mede dankzij het geld dat Charlie Braveheart bijeenbrengt, was er in november 2018 een congres in Maastricht

met 350 deelnemers uit de hele wereld. En eind juni gaat een pilot van start, met medisch personeel van het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht, het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein, het OLVG in Amsterdam en een ziekenhuis in Genk (België). Leroy heeft de richtlijn, de ervaringen van de laatste jaren en kennis van internationale specialisten samengebond in een set van basisvaardigheden waarover iedere arts en verpleegkundige in een ziekenhuis die met kinderen werkt, zou moeten beschikken.

'Het begint met preventie,' zegt Leroy. 'Iedereen in een medisch traject moet zichzelf de vraag stellen: is een verrichting wel nodig? Bijvoorbeeld: na een operatie vanwege een gescheurde blindedarm moet een kind in het ziekenhuis nog tientallen keren worden geprikt.

Komt een kind bij de dokter

Om concreet te maken wat er beter kan in de bestrijding van pijn en trauma's bij kinderen in medische situaties, geeft kinderarts Piet Leroy een voorbeeld. Een kind met reuma komt bij de specialist. Het heeft last van een knie. De arts zal volgens protocol met een naald wat vocht uit het kniegewricht halen en even later met een andere spuit cortisonen injecteren. Die naalden – niet de kleinste – worden gezien als een onvermijdelijk en noodzakelijk kwaad, maar de behandeling kan een stuk minder belastend.

In Leroy's ideale scenario gaat het als volgt. Het kind komt bij de reumatoloog, die de plek op de knie markeert met een kruisje. Het kind gaat vervolgens naar een lid van het zorgteam dat een verdovende zalf op de knie smeert, het duurt 60 à 90 minuten voor die werkt. Eventueel wordt het kind door toediening van lachgas in een aangename *flow* gebracht. Dan krijgt de reumatoloog een seintje dat hij kan komen voor de injecties. Het kind merkt er zo nauwelijks iets van en het kost de reumatoloog niet meer tijd dan de reguliere procedure.

Waarom niet tijdens de narcose al één centraal infuus aanbrengen dat langer kan blijven zitten?'

Ook moet er meer kennis zijn over pijnstillende en verdovende middelen en sedatie buiten de operatiekamer (zie 'Komt een kind bij de dokter' op deze pagina). Naast volledige narcose zijn er tal van lichtere vormen die bij kleine ingrepen pijn en angst kunnen voorkomen, bijvoorbeeld met lachgas.

Verder moet er meer aandacht komen voor de psychologische kant. 'Het helpt al zoveel als een arts goed contact heeft met een kind en zich inleeft in de situatie, in plaats van dat hij gehaast met de naald binnen komt rennen,' zegt Van der Velden. Leroy vult aan: 'In veel ziekenhuizen zijn uitstekende pedagogisch medewerkers aanwezig, maar eigenlijk zouden ook de artsen en verpleegkundigen op kinderafdelingen de *skills* moeten hebben om kinderen op hun gemak te stellen en in elk individueel geval in te schatten wat nodig is.'

Het doel is om binnen vijf jaar 2.500 zorgmedewerkers vertrouwd te hebben gemaakt met deze vaardigheden, opdat zij op hun werkplek hun kennis weer kunnen verspreiden. ●