

Menselijkheid en effectiviteit staan centraal in conceptrichtlijn

Sedatie bij kind kan angst voorkomen

Sophie Broersen

Kinderen moeten geen pijn of angst meer ondervinden bij medisch onderzoek of behandeling. Dat is niet soft, dat is effectief en juridisch correct. De nieuwe richtlijn is daar duidelijk over. Invoering van die richtlijn laat echter nog op zich wachten.

Een klein kind kan je niet uitleggen dat het infuus echt nodig is en dat het zo voorbij is als het maar stilligt. Fixeer het kind dus maar, ga er desnoods met drie man bovenop liggen om de behandeling of diagnostische ingreep door te laten gaan. Even doorbijten. Ze vergeten het later toch weer. Piet Leroy, kinderarts-intensivist in Maastricht UMC+: 'Dat kan alleen maar, omdat we groter en sterker zijn dan een kind. Natuurlijk willen we het beste voor een kind. We willen dat het geneest, we doen dit niet uit sadisme. Ik pas die technieken ook zelf toe, uit noodzaak. Maar de zaak verandert als het om een struise puber gaat, al flink ontwikkeld door de testosteron, die een infuus weigert op de SEH. Daar gaan we niet bovenop zitten. Bij een kind van 3 doen we dat wel. Daar klopt iets niet.'

Getraumatiseerd

Pijn, angst en stress zijn veel voorkomende emoties bij kinderen in het ziekenhuis. Ze worden deels normaal gevonden. Maar dat gaat veranderen. Artsen zien in dat er iets niet klopt, zoals Leroy het verwoordt. En ouders laten van zich horen, vinden het onacceptabel dat hun kind getraumatiseerd raakt tijdens de behandeling.

Eigenlijk is het niet meer dan logisch om te voorkomen dat een kind onder dwang een pijnlijke procedure ondergaat, zegt Leroy. 'Dat is niet alleen humaan, het is ook betere zorg. Een kind

dat herhaaldelijk pijn lijdt, zal bij een volgende ingreep nog meer pijn hebben en zal zorg gaan mijden, zeker als het later volwassen is en niet meer door ouders wordt meegesleurd.'

Toch mag het; nergens staat in de wet omschreven dat een kind niet tegen zijn wil mag worden gefixeerd. Leroy: 'Ze vallen in een juridisch vacuüm. Voor volwassen wilsonbekwamen is omschreven wat er op het gebied van fixatie en dwang is toegestaan, maar voor kinderen – zeker onder de 12 jaar – niet. Met toestemming van de ouders kan in feite alles. Als we kijken naar het internationale verdrag van de rechten van het kind, kan je echter verdedigen dat we de plicht hebben pijn en angst te voorkomen. Daarin staat onder meer dat de belangen van het kind de eerste overweging moeten vormen, dat we de mening van een kind niet zomaar mogen negeren en dat we gebruiken die schadelijk zijn voor zijn gezondheid, moeten afschaffen.'

Liquorpunctie

Dat houdt nogal wat in. Hoeveel kinderen worden dagelijks in Nederlandse ziekenhuizen op de een of andere manier gedwongen om een medische handeling te ondergaan? Denk aan bloed prikken, een infuus of blaaskatheter inbrengen, een pijnlijke verbandwisseling, een lumbaalpunctie of een MRI-scan. In al die gevallen, tenminste, al die gevallen waarin een kind zeer angstig is, zouden artsen en verpleegkundigen zo moeten handelen dat ze de angst en pijn wegnemen. Daar zijn eigenlijk alle beroepsgroepen het over eens.

Nergens staat dat een kind niet tegen zijn wil mag worden gefixeerd

Kinderarts Wouter de Waal uit het Diakonessenhuis in Utrecht ziet dat er al een verschuiving gaande is in het denken over het voorkómen van stress, angst en pijn bij kinderen. 'Als we bijvoorbeeld een diagnostische liquorpunctie moeten doen bij een autistisch kind, getraumatiseerd door eerdere onderzoeken, dan is er begrip voor als we dat onder sedatie op de ok willen doen. Dan maakt de anesthesioloog daar plaats voor aan het einde van het programma.' Maar nog steeds komt vaak het gevoel op dat het anders zou moeten gaan, zegt De Waal. 'Elke kinderarts kent patiënten die getraumatiseerd zijn geraakt en bang zijn voor het ziekenhuis. We kunnen wel zeggen: pijn hoort bij het leven, maar kijk naar volwassenen. Hoeveel mensen durven niet naar de tandarts? Dat wordt waarschijnlijk minder, omdat die tegenwoordig vaker verdovingen gebruikt.' Moeten voortaan alle kinderen dan onder zeil worden gebracht voor bijvoorbeeld een venapunctie? 'Nee, het zal niet altijd nodig zijn. Maar zodra we beschikken over meer mogelijkheden om het leed te verlichten, zal de afweging om die toe te passen, veranderen. En zullen we vaker pijnstilling of sedatie gaan gebruiken.'

Dagelijks worden kinderen gedwongen om een medische handeling te ondergaan: bloedprikken, een infuus of een blaaskatheter inbrengen, een verbandwisseling, een lumbaalpunctie, een MRI et cetera.

beeld: Frank Muller, HH



Probleem

Het is geen typisch Nederlands vraagstuk, zegt Leroy. 'Overal in de westerse wereld zijn medici op zoek naar een betere aanpak. Eind jaren negentig liep Nederland zelfs voorop, toen er een richtlijn over procedurele sedatie en analgesie werd opgesteld. Probleem was alleen dat er niet over de implementatie was nagedacht.' En dus gebeurde er onvoldoende mee, terwijl de behoefte groeide.

Een goed voorbeeld van behandeling waarbij goede sedatie dringend noodzakelijk is, is MRI-onderzoek. Nu krijgen kinderen vaak een 'roesje', omdat ze niet langdurig stil kunnen liggen. Kinderartsen stellen hiervoor vaak zelf protocollen op, omdat er niet altijd anesthesiologen beschikbaar zijn om de sedatie te begeleiden. De protocollen zijn niet altijd evidence-based, en doorgaans niet gebaseerd op (inter-) nationale richtlijnen. De gebruikte middelen zijn doorgaans op zichzelf redelijk veilig, maar moeilijk titreerbaar, waardoor het effect slecht voorspelbaar is. Met als mogelijke gevolgen onvoldoende bewustzijnsdaling waardoor het onderzoek niet slaagt, of juist een te diepe sedatie zonder dat er voldoende bewaking van de vitale functies plaatsvindt.

‘Eerst moeten we bedenken of de ingreep wel nodig is.’

Daarbij hebben zich calamiteiten voorgedaan. In de eerste jaren van deze eeuw zijn twee kinderen overleden die een MRI-onderzoek ondergingen. Dat vormde aanleiding voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om aan te dringen op een betere richtlijn (zie kader). Nu, vier jaar nadat een werkgroep begon met het opstellen van die verbeterde richtlijn, is de ‘definitieve conceptversie’ klaar; over de inhoud zijn alle partijen het eens.

Lachgas

Die richtlijn verschilt op een aantal punten van de oude, zegt Leroy. ‘Voorheen lag de focus op veiligheid, nu ligt die op zowel veiligheid als

effectiviteit. Neem de MRI-onderzoeken: daar werd vaak sedatie door middel van chloralhydraat toegepast. Dat is een middel dat zelfs in de meest optimale omstandigheden in 90 procent van de gevallen effectief is. Dat wil zeggen: in 10 procent niet. En dan lukt het onderzoek dus niet. Dus ja, natuurlijk moet je veilig sederen, maar je moet ook streven naar 100 procent effectiviteit, anders moet het onderzoek over.’

Een groot deel van de richtlijn gaat over de juiste techniek: hoe diep moet de sedatie zijn, welk middel is het meest aangewezen en in welke mate is bewaking van vitale functies nodig. Sommige veelgebruikte middelen worden op basis van beschikbaar onderzoek ontraden, andere middelen – zoals het in Nederland in diskrediet geraakte lachgas – zullen als het aan

Sedatie buiten de operatiekamer

Op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is in 2006 begonnen met herziening van de uit 1998 stammende richtlijn sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) namen het initiatief, het CBO was verantwoordelijk voor de uitvoering.

De richtlijn bestaat uit drie delen. Deel 1 gaat over procedurele sedatie/analgesie (PSA) bij volwassenen (bijvoorbeeld de sedatie/analgesie bij endoscopieën), deel 2 over PSA op de intensive care en deel 3 over PSA bij kinderen.

Naast de NVK en de NVA zijn nog 22 andere verenigingen betrokken bij de richtlijn. Alle partijen zijn het eens over de inhoud.



beeld: Laif, HH

SAMENVATTING

- Er is steeds meer vraag naar middelen om pijn en angst te voorkomen bij kinderen die medische handelingen ondergaan.
- In een nieuwe richtlijn staat dat fixatie en dwang in de meeste gevallen uit den boze zijn.
- Sedatie zal steeds vaker geïndiceerd zijn en kan worden uitgevoerd door sedationisten (niet-artsen).
- De belangrijkste partijen willen de richtlijn pas goedkeuren als er een realistisch implementatieplan is.

de opstellers van de richtlijn ligt, vaker worden toegepast.

Maar het gaat niet alleen om betere middelen en bewaking in de nieuwe richtlijn. Leroy: 'Ten eerste moeten we bedenken of de ingreep wel nodig is. Kunnen we bijvoorbeeld voorkomen dat een kind vaak wordt geprikt? Als een kind langdurig intraveneus antibiotica krijgt, is het soms handiger om een centrale lijn te prikken. Vervolgens moeten we denken aan topicale pijnstilling. Breng bijvoorbeeld Emla-crème aan, en laat dat niet achterwege omdat het nu eenmaal avond is en de dokter geen tijd heeft. En ook non-farmacologische interventies vormen een belangrijke component, zoals hypnose en afleidingstechnieken. Daarna komt pas de indicatiestelling voor sedatie aan bod, met het juiste middel en de juiste diepte, en daarbij de juiste bewaking en mogelijkheden tot rescue-anesthesie.'

Implementatie

Over de inhoud van de richtlijn zijn alle partijen het inmiddels eens. Een prestatie op zich. Maar daarmee is het verhaal nog niet klaar. De opdracht van de IGZ was immers duidelijk: het gaat niet alleen om de inhoud, er moet ook een plan zijn voor implementatie. Zodat er niet straks weer een mooie richtlijn ligt die niet wordt uitgevoerd.

Floor Haak, anesthesioloog in het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven en als bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) betrokken bij de richtlijn: 'Op het moment dat een richtlijn geaccordeerd is, wordt het een soort wet en wek je de verwachting dat je kunt leveren wat er in staat. En dat kunnen we nog niet.' Wie moet bijvoorbeeld al die sedaties uitvoeren? In de richtlijn wordt gesproken over het inzetten van niet-anesthesiologen en zelfs niet-artsen die na een aanvullende opleiding in staat zijn een sedatie uit te voeren. Daar staan anesthesiologen niet negatief tegenover, zegt Haak. 'Nee, juist niet, we zien dit als een kans voor anesthesiemedewerkers om te ontwikkelen, waarmee het vak aantrekkelijker wordt. Zo kunnen we hopelijk ook meer mensen aantrekken, want momenteel is er een tekort. We zijn voorstanders van taakverschuiving en -herschikking. Maar we moeten ze wel opleiden. Er zijn nu wel een paar plekken in Nederland waar zogenaamde sedationisten worden opgeleid, maar dat zijn er bij lange na niet genoeg.'

Hoeveel sedationisten er volgens de NVA nodig zijn, moet volgens Haak nog worden berekend. Maar zolang ze er niet zijn, bestaat de vrees dat

de anesthesiologen zelf de pineut zijn. Haak: 'En daarvan zijn er te weinig om alle sedaties te doen.'


Voeten in de aarde

De CBO-werkgroep die van de NVA en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) de opdracht kreeg om de richtlijn te ontwikkelen, stond onder leiding van anesthesioloog Hans Knappe uit het UMC Utrecht. Hij ziet het niet somber in. 'Volgens ons kunnen we binnen twee jaar heel ver komen, zoals in het gedetailleerde implementatieplan is verwoord.' En dat is inclusief het opleiden van voldoende sedationisten, zegt Knappe. 'De tijds- en geldinvestering om mensen op te leiden, valt mee, blijkt uit pilotprojecten in Amsterdam en Utrecht. En er zijn veel andere centra en hogescholen geïnteresseerd.'

Maar de kinderartsen weten niet of twee jaar afdoende is, zegt Wouter de Waal, die als lid van de commissie Richtlijnen en Indicatoren namens de NVK ook betrokken is bij de totstandkoming van de richtlijn: 'Het heeft nogal wat voeten in de aarde. Naast de vraag wie het allemaal gaat uitvoeren, gaat het ook over wettelijke regelingen, geld en praktische vragen. Wat betekent het bijvoorbeeld voor de inrichting; moet een gebouw voldoen aan bepaalde voorwaarden als er lachgas wordt gebruikt?' Haak: 'We moeten met de IGZ en het ministerie spreken, met de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de zorgverzekeraars en het College voor zorgverzekering. Er moet een tarief komen.'

Een hele kluit dus nog. Gaat het opstellen van een implementatieplan ook 4 jaar duren, net als de totstandkoming van de inhoud? Nee, zegt Haak. 'Het gaat geen jaren duren, maar ik kan geen tijdsbestek noemen.' En tot alle partijen het eens zijn over een realistisch implementatietraject, wordt de richtlijn niet geaccordeerd.

Vaart

Maar vaart is nodig, zegt Knappe. 'De roep om verzachten van pijn en wegnemen van angst zal alleen maar toenemen, niet in de laatste plaats omdat het aantal onaangename procedures die niet op de operatiekamer plaatsvinden, toeneemt. Ik vergelijk het met de richtlijn over pijnstilling bij de bevalling. Die was ook problematisch. Hoe moest het met al die extra epidurale pijnstillingen? Twee jaar later blijkt het in het overgrote deel van de ziekenhuizen wel te kunnen.' 



De conceptrichtlijn over sedatie en/of analgesie bij kinderen buiten de ok kunt u vinden bij dit artikel op www.medischcontact.nl.