

KINDERARTS PIET LEROY: DWANG IS ZELDEN IN BELANG VAN KIND

Pleitbezorger van minder pijn en angst

Kinderintensivist Piet Leroy probeert de behandeling van een kind zo comfortabel mogelijk te laten verlopen. Daarbij kan sedatie een helpende hand bieden.

Kinderarts Piet Leroy is geen missionaris. Artsen en verpleegkundigen moeten gewoon zien wat voor verschil het maakt, om een angstig kind zo comfortabel mogelijk een vervelende procedure te laten ondergaan. ‘Telkens zeggen wat er niet goed gaat, en wat er anders moet, nee, dat werkt niet. Het belangrijkste argument is de patiënt zelf. Wij begonnen in Maastricht met het bieden van diepe sedatie, propofol of ketamine, bij beenmergpuncties. Dat ging daarvoor met een beetje dormicum en vooral veel fixatie. Professionals om ons heen zeiden: is dat nu wel nodig? Maar de kinderen en de ouders vonden het fantastisch en de verpleging ook. Het is nu onvoorstelbaar dat het anders zou gaan.’

Leroy is kinderintensivist in het MUMC, maar staat onder kinderartsen én anesthesiologen in binnen- en buitenland bekend als degene die zich hard maakt voor het verminderen van pijn en angst rondom ingrepen bij kinderen. Hij was een van de voortrekkers van de richtlijn Sedatie en analgesie bij kinderen buiten de operatiekamer. Hij is gepromoveerd op het onderwerp, en leidt de sedatie-unit binnen het academisch ziekenhuis Maastricht. Daarnaast leidt hij artsen en verpleegkundigen op in het toedienen van lachgas. Hij werkt nu samen met collega's en NVK aan het opzetten van een bredere opleiding die

hulpverleners traint in vooral de niet-farmacologische aspecten van de richtlijn.

Zonder enige verdoving

Zijn belangstelling voor pijn en comfort bij kinderen begon tijdens zijn opleiding tot kinderarts, in Gent. ‘Ik zag hoe zonder enige verdoving een drain werd geplaatst bij een neonatje met een pneumothorax. Het was in de tijd dat men vaststelde dat neonaten wel degelijk pijn voelen, misschien wel meer dan kinderen en volwassenen. Ik legde dat voor aan mijn opleider: maar nee, morfine mocht niet, dan kreeg je kinderen niet van de beademing af. De focus lag anders, de opleiders hadden nog meegemaakt dat kinderen stierven aan hun onrijpe longen. Dankzij de beademing konden we ze redden, dát was de focus. Comfort was bijzaak.’ Tijdens een stage in het WKZ in Utrecht, zag hij hoe het anders kon: ‘Daar was toen al een moderne ic-setting en kregen kinderen wél morfine en dormicum. Dat was voor mij heel inspirerend.’

In Maastricht kreeg hij als jong staflid op de kinder-ic de kans om een sedatieservice voor gehospitaliseerde kinderen op te richten ‘Als we op de ic voor een bepaalde ingreep: een kindje konden sederen met bijvoorbeeld ketamine, waarom dan deze service niet ook aanbieden voor kinderen op de gewone afdeling? Ik presenteerde

dit op een NVK-congres, en het was alsof ik in een abces prikte. Heel veel kinderartsen worstelden met sedatie bij kinderen, bijvoorbeeld bij het maken van een MRI-scan. Hun middelen werkten niet en de samenwerking met de anesthesiologie was voor dit soort verrichtingen buiten de ok niet goed.’ In diezelfde periode overleden twee kinderen rond sedatie. En zulke incidenten gebeurden overal in de wereld, zegt Leroy: ‘In de jaren zestig werden opeens levensreddende technieken ontwikkeld, voor aandoeningen waar eerder niets aan te doen was. Kinderen leven daardoor langer, maar de keerzijde was dat ze vaak invasieve onderzoeken ondergaan, of stil moeten liggen in MRI-scanners. Maar kinderen willen niet altijd meewerken. Dus kregen ze slaapmiddelen. Dat daar een kleine prijs voor werd betaald ten opzichte van die grote voordelen, dat verdween in het niks.’

Potentieel onveilig

Pas rond de eeuwwisseling werd duidelijk dat sedatie een potentieel onveilige praktijk was. Leroy: ‘Dat hoeft het niet te zijn, als degene die sedeert en het kader waarin dat gebeurt, niet zijn voorbereid op eventuele complicaties. En als je geen middelen gebruikt die eigenlijk niet zijn gemaakt om mee te sederen. De klassieke middelen werkten langzaam, onvoorspelbaar en lang. Dat



JONATHAN VOS

PIET LEROY: 'HOE NORMAAL IS HET NIET OM EEN KIND IN DE HOUDGREEP TE NEMEN EN EVEN SNEL DE PRIK TE GEVEN?'

gaf logistieke problemen. Als het kind nog niet sliep, kon het onderzoek niet doorgaan. Of iemand zei “spuit nog maar wat bij”. Je kunt je het gevaar daarvan indenken.’

Waarom bemoeiden de anesthesiologen zich niet met deze praktijken? Leroy: ‘Anesthesiologie was altijd gekoppeld aan de chirurgie, aan de operatiekamer. Sedatie voor onderzoeken speelde daarbuiten; het kwam niet eens bij mensen op om de anesthesiologen erbij te vragen. Toen dat gesprek wel op gang kwam, in de jaren negentig, leidde dit helaas niet onmiddellijk tot een oplossing: anesthesiologen hadden onvoldoende mankracht, er waren vragen over geld. Dat speelt in sommige ziekenhuizen nog steeds, maar in andere ziekenhuizen is de samenwerking intussen fantastisch.’

Inmiddels ligt er dus een richtlijn, die door onder meer de kinderartsen én de anesthesiologen wordt onderschreven. Die richtlijn stoelt op twee belangrijke uitgangspunten. Het eerste lijkt nogal een open deur: dat degene die sedeert competent is. Toch stuitte dat op verzet, zegt Leroy: ‘Dat was voor de anesthesiologie een lastig principe. Die had er aanvankelijk moeite mee dat niet-anesthesiologen zouden gaan werken met krachtige, stuurbare middelen, zoals propofol. Logisch: als iedereen daar zomaar mee gaat spelen, ontstaat een onwenselijke en potentieel zeer gevaarlijke situatie. Maar uit degelijk onderzoek bij grote aantallen kinderen is gebleken dat ook niet-anesthesiologen, mits goed getraind, veilig met dit soort middelen kunnen werken.’

Fixeren

Het andere principe is dat de patiënt recht heeft op goede, comfortabele zorg. Leroy: ‘De focus ligt daarmee niet alleen op veiligheid. Dan kom je op de stelling uit dat de veiligste sedatie géén sedatie is, en dat je een kind beter met een man of twee, drie kan fixeren. Veilige sedatie is geen doel, maar een middel om tot veilige, comfortabele procedures te komen.’

Dat vereist een andere manier van denken voor velen: hoe normaal is het niet om een kind in de houdgreep te nemen en even snel de prik te geven? Leroy: ‘Dwang lijkt de snelste manier. Maar vergeet niet hoeveel tijd het kost als kinderen niet meer geprikt willen worden: je moet met

‘Ga geen gebroken arm zetten met een beetje dormicum’

ze vechten, en het is moeilijker om raak te prikken.’ En dan zijn er nog de gevolgen op langere termijn. ‘Als je jonge kinderen keer op keer dwingt iets pijnlijks te ondergaan, zonder enige ontsnappingsmogelijkheid, genereer je een enorm psychotrauma. Dat leidt tot wegvlugten uit de gezondheidszorg als ze zelf mogen beslissen over hun gezondheid. Dwang is nu goed voor de efficiëntie, maar we betalen er op termijn een prijs voor.’

Daarmee is dwang niet verboden, benadrukt Leroy: ‘In spoedeisende situaties kun je soms niet anders. Maar vaak is doorpakken niet in het belang van het kind, maar van een ander, de dokter, de logistiek, de organisatie. En er zijn alternatieven.’

Vijf stappen

In de richtlijn staan die alternatieven beschreven als een vijfstappenplan:

1. Start op tijd met pijnstilling. Leroy: ‘Pijnstillende zalven werken uitstekend, maar pas anderhalf uur na het aanbrengen. Vaak wordt die zalf niet gebruikt, of te kort. Op onze kinderafdeling zijn we bezig om dat beter te krijgen: zo vroeg mogelijk de zalf aanbrengen en opletten dat we niet te vroeg prikken.’
2. Gebruik de juiste sedatietechniek, afgestemd op het kind en de verrichting. Gebruik een controleerbaar, kortwerkend middel.
3. Werk goed samen met de anesthesiologen. Leroy: ‘Ga geen gebroken arm zetten op de SEH, met een beetje dormicum en morfine; doe dat onder narcose.’
4. Doe aan preventie: probeer procedures te voorkomen. Leroy: ‘Bedenk of een ingreep echt nodig is, weeg af of er een andere mogelijkheid is. Neem een jongetje

dat naar de ok gaat met een geperforeerde appendicitis. Hij moet misschien nog twee weken antibiotica en eet nog niet. Infuzen sneuvelen, moeten opnieuw geprikt. Soms is zo’n kind na een week al twintig, dertig keer geprikt! Als je op de ok al een centrale lijn prikt, kan je dat voorkomen. Dan hoeft je twee weken niets meer te prikken. Een centrale lijn heeft ook weer complicaties, maar in zo’n korte periode is die kans heel klein. Maar daar moet de chirurg wel aan denken op de ok. Dat zou een extra reflex moeten zijn.’

5. Denk aan niet-farmacologische aspecten. Leroy: ‘Dat is heel breed, van afleiding en hypnose tot gedempt licht en een kindvriendelijke omgeving. Dat laatste alleen is niet voldoende. Een gemiddelde procedurekamer is heel kindvriendelijk gemaakt, met mooie tekenfilmfiguren. Maar een kind ziet dat niet, dat ziet en voelt hoe mensen met hem omgaan. Dat ziet dat de dokter zijn wapens al slijpt, alles klaarlegt. Hoe krijg je een kind dan rustig?’

In de ideale wereld zou in elk ziekenhuis volgens deze principes worden gewerkt, zegt Leroy: ‘Afspreken dat diepe sedaties of narcoses onder bewaking moeten, valt te organiseren, dat komt wel. Elk ziekenhuis heeft nu een sedatieteam, daar moet ook een kinderarts in zitten. Zij bespreken dit soort dingen. De attitudeverandering die nodig is voor preventie en niet-farmacologische mogelijkheden, is lastiger te bewerkstelligen. Maar het leeft steeds meer onder hulpverleners dat angst en pijn vaak te voorkomen zijn. Dat inbedden in ons dagelijks handelen gaat minder snel dan een richtlijn schrijven. En dat duurt al lang.’ ■

Piet Leroy studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Gent. Daar volgde hij ook de opleiding tot kinderarts (1993-1998). In Nederland is hij opgeleid tot kinderintensivist. Sinds 2001 werkt hij in het MUMC. In 2012 promoveerde hij cum laude. Voor zijn proefschrift ‘Improving procedural sedation and/or analgesia in children: from practice over evidence to practice’, ontving hij de Catharina Pijlsprits.

De richtlijn ‘Sedatie en analgesie bij kinderen’ is terug te vinden op de website van de NVK.