

Dit betreft een artikel onder voorbehouden rechten op basis van de licentie Creative Commons *Auteurschap – Geen commercieel gebruik – Geen wijziging - 2.0 België (CC BY-NC-ND 2.0)*.

U mag:

- * dit artikel kopiëren, verspreiden en openbaar maken

Onder de volgende voorwaarden:

* **Auteurschap** — U moet de naam van de originele auteur vermelden op de wijze aangeduid door de auteur van het werk of door de rechthebbende die u de toestemming geeft (maar niet op een wijze die suggereert dat ze u steunen of het gebruik van de creatie goedkeuren).

* **Geen commercieel gebruik** — U mag deze creatie niet aanwenden voor commerciële doeleinden.

* **Geen wijziging** — U mag deze creatie niet wijzigen, veranderen of aanpassen.

Voor aanvragen tot verspreiding die niet onder deze voorwaarden vallen moet u mailen naar evanbesien@hospichild.be

Hospinews Focus

Het Nationaal Project « Acute pijn bij de kinderen » Mei 2010

Interview : Josette Fontaine, de Franstalige verpleegkundige-coördinator van het project

Interview door : Emmanuelle Vanbesien

Uitgever : Hospichild.be / cmdc-cdcs vzw

Het Nationaal Project 'Acute Pijn bij Kinderen' ging drie jaar geleden van start. Eind april 2010 verschijnt een eindrapport met een overzicht van de geboekte vooruitgang inzake pijnbehandeling.

Hospichild ontmoette Josette Fontaine, de Franstalige verpleegkundige-coördinator van het project.

Dankzij de filosofie van het Nationaal Project Acute Pijn bij Kinderen konden de artsen- en verpleegkundigen-coördinatoren in de 13 instellingen waar het project liep, specifiek werken rond de theoretische en praktische aspecten. Al doende leren. Voortgezette opleidingen, evaluatietools, kritische vragen, in vraag stellen, grondige en systematische toepassing van de verworvenheden in de pijnbehandeling... het waren de essentiële elementen om het project goed te laten verlopen tot vandaag, moment waarop de balans wordt opgemaakt. Het allerbelangrijkste is dat het project een vervolg krijgt in de testinstellingen en overall elders wordt geïmplementeerd.

Josette Fontaine heeft ruim dertig jaar ervaring als pediatriesch verpleegkundige in verschillende instellingen. Ze had ook het geluk in contact te komen met experts inzake pijn bij kinderen, zoals Prof. Veyckmans en Prof. Govaerts.

Hoe ontstond het project ?

Josette Fontaine: Ik stond aan het hoofd van een intern pijnproject in het Sint-Jan Ziekenhuis. Ik werkte er samen met een verpleegkundige, die haar eindverhandeling rond pijn bij het kind had gemaakt onder begeleiding van Prof. Mario Govaerts in het UKKF. Ik deed regelmatig een beroep op haar voor materiaal om pijn bij kinderen maximaal te beperken. Via haar kwam ik in contact met Prof. Govaerts.

Het Nationaal Project Acute Pijn bij Kinderen stond op dat moment in de steigers en Prof. Govaerts stelde vast dat ik hoofdzakelijk in de pediatrie had gewerkt en een opleiding in pijnbestrijding had gevolgd. Indien we de krachten bundelden konden we samen onze schouders onder het project zetten. Het ging allemaal heel snel. Het wetenschappelijk comité behandelde mijn kandidatuur en ik stortte mij in het avontuur...

Welke rol speelde u als gespecialiseerde verpleegkundige binnen het project ?

J.F.: Dat is inderdaad de eerste vraag die alle betrokkenen zichzelf stelden, en dus ook ik: wat kon ik betekenen voor het project? Mijn motto was altijd al 'schoenmaker blijf bij je leest'! Mijn enige doelstelling was aan de hand van een typisch verpleegkundige kijk op de zaken de brug te slaan tussen de diepgaande wetenschappelijke aanpak en de verpleegkundige praktijk. Ik vertrok vanuit de vraag: hoe kunnen we de verpleegkundige zorg rond pijnbestrijding definiëren? Pijnbestrijding zet de stap van 'verzorgen' naar 'zorgen voor'. Daar ligt volgens mij de taak van de verpleegkundige binnen de pijnbestrijding. Het is niet makkelijk, het vergt een zekere bewustwording en knowhow, het vraagt denkwerk tegenover de patiënt, terwijl men ondertussen de samenhangende relatie tussen kind, ouders en zichzelf niet uit het oog mag verliezen. We moeten werken binnen de dynamiek van een systemische relatie. Ik verdedigde deze visie en werd daarin gevolgd door het wetenschappelijk comité. Er bestaat zoiets als verpleegkundige creativiteit, heel belangrijk, want niet alles is op te lossen met een doktersvoorschrift. Ik heb geen schriftelijke medische richtlijnen nodig om te denken aan een meer comfortabele lighouding, zeepblokjes, ballonnen, hypnose, enz. Maar ik houd mij wel aan zaken die hun doeltreffendheid bewezen hebben in wetenschappelijke studies. Toch werden er heel wat wenkbrauwen gefronst toen ik voor het eerst hypnose voorstelde! Ik verdedigde een kwalitatieve totaalbenadering van de pijn bij kinderen aan de hand van bijkomende niet-medicinale middelen, zoals hypnose.

Mijn rol situeerde zich dus vooral op het niveau van preventie, de wisselwerking tussen arts en verpleegkundige en het samenbrengen van farmacologische en andere hulpmiddelen in de strijd tegen de pijn.

Wat betekent die strijd tegen de pijn concreet ?

J.F.: We werken binnen de interactie van het lichaam, het geheugen, de ziel, de ervaring, de geest... Wat is de definitie van pijn: een onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring. Pijn heeft me altijd geboeid, want ik heb heel vlug beseft dat het een grote vergissing is kinderen te beschouwen als miniatuur volwassenen. Tot een bepaalde leeftijd heeft een kind geen tijdsbesef, kan het zijn pijn niet onder woorden brengen, verwacht het de duurtijd van de pijn met de felheid ervan.

Daarom is het van belang informatie te verstrekken in een taal die alle betrokkenen begrijpen, net zoals men de wetenschappelijke wereld aanspreekt in een taal die wetenschappers begrijpen! Het is essentieel een objectieve kijk te verkrijgen op de pijn en een beroep te doen op wetenschappelijk erkende evaluatiemiddelen en -criteria.

Zodra pijn wordt vastgesteld, moet de zorgverlener die snel kunnen verzachten, zoniet zal de zorgverlener daar zelf nadelige gevolgen van ondervinden.

Een concreet voorbeeld: een kind wordt binnengebracht met een gebroken arm. Hoe intens is de pijn?

We hadden nood aan middelen om de pijn in te schatten naargelang de leeftijd en de klinische

situatie. In de kindergeneeskunde bestaan er zo een twintigtal erkende middelen. Het doel is de patiënt zo snel en zo goed mogelijk van zijn pijn af te helpen. Dat kan door de theorie te linken aan de praktijk en de gewonnen informatie, om zo de pijn te kwantificeren, zodat de arts kan beslissen en voorschrijven.

Zo komen we tot een kwalitatieve en therapeutische aanpak... voor iedereen! Wanneer we van dat concept afwijken op het gebied van pijn, komen de zorgverleners voor tal van problemen te staan en heeft dit een negatieve weerslag voor de patiënt.

Hierbij is het essentieel rekening te houden met al het voorafgaande werk door de verpleegkundige: het denkwerk, de observatie en de ondernomen acties om de pijn te verminderen. Die moeten meegedeeld worden aan de arts, zodat ook hij zich snel en efficiënt de problematiek eigen kan maken.

Pijnbestrijding is dus teamwerk ?

J.F.: Het is interdisciplinair werk. Pijn kondigt zich soms aan, komt en gaat of is blijvend... Men moet onafgebroken observeren. In de kindergeneeskunde moet men terdege rekening houden met de leeftijd en de klinische situatie van het kind. Niets is zo persoonlijk en intiem als de pijn van een patiënt. Een zorgverlener moet grondig, nederig en respectvol tewerk gaan. Het is ook een werk van lange adem, van netwerken, van een relatie opbouwen, van overtuigen. De verzorgenden kunnen ook afkerig reageren, omdat men het geweten raakt, omdat ze lijden, omdat men zichzelf na vele jaren ervaring moeilijk in vraag stelt

Hoe kan men mensen aanzetten hun gewoonten te veranderen zonder hen in hun waardigheid te raken ?

J.F.: Iedereen kan veranderen. Maar hoe pak je dit aan zonder dat de persoon voelt dat hij tekortschiet, dat men zijn ervaring en methodes negeert? Dit vergt psychologische, relationele en communicatietechnieken. Men moet zichzelf blijven en het doel voor ogen houden, maar tegelijk de anderen overtuigen dat er ook professionele, deontologische en ethische vereisten bestaan. De instellingen en alle zorgverlener laten inzien dat er in België een wettelijk kader voor pijn bestaat. Dat is zeer volledig, gestructureerd en dwingend. Wie de wet negeert loopt risico's op problemen. Ze voorziet in preventie, behandeling, erkenning... De wetgever liet zich omringen door echte experts in pijn. Maar het is niet omdat de wet bestaat, dat alle problemen nu ook van de baan zijn.

Waarom werd dit project eigenlijk op poten gezet ?

J.F.: Om pijn te voorkomen moeten alle zorgverleners in hun cursussen de kennis en opleiding terugvinden voor de behandeling van alle leeftijden. Wat is therapeutische luistervaardigheid? Welke farmaceutische en andere middelen bestaan er? Ze moeten alle evaluatiemiddelen kennen. Ik geef een pijnstiller, nu kijk ik hoe lang het duurt voor die werkt. Wanneer evalueer ik de patiënt opnieuw? Slechts enkele scholen voor verpleegkundige behandelen deze onderwerpen in het lessenpakket. Officieel bestaat er niets dergelijks in de opleiding algemene of kindergeneeskunde.

Waarom moest er een medisch duo zijn in elke deelnemende instelling ?

J.F.: In elke instelling is er een arts-coördinator en een verpleegkundige-coördinator. Ook het wetenschappelijk comité is trouwens samengesteld uit artsen en verpleegkundigen. We creëerden duo's van artsen en verpleegkundigen die werden opgeleid in preventie, behandeling en de preventie van neveneffecten. Nu zal die kennis zich als een olievlek verspreiden over de hele instelling. In de pediatrie zijn de drie elementen van belang om doelstellingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid waar te maken.

Wat waren de verschillende fases van het project ?

J.F.: De groep van wetenschappers, artsen en verpleegkundigen, nam de wetenschappelijke literatuur door. Van daaruit werden de « gold standards » uitgewerkt, de kwaliteitsnormen voor de

preventie en behandeling van ernstige pediatrische pijn. We hebben het over acute pijn, en niet over chronische pijn. Het gaat dus over traumatische, post-operatieve en procedurale (invasieve onderzoeken) pijnen.

Vervolgens evalueerden we de kosten-baten-risico parameters om het project te berekenen (het werd gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde).

In het begin hadden we de gold standards voor ogen, maar je moet ook de haalbaarheid van het project aantonen, welke voordelen en veranderingen het kan opleveren tegenover de te verbeteren situatie. We begonnen met de bevraging van de 114 ziekenhuizen met een afdeling kindergeneeskunde. Dit gaf ons een algemeen beeld van de situatie van pediatrische pijn in België.

Welke punten zijn voor verbetering vatbaar

In de eerste fase werd een « structuur, proces, resultaat » enquête gehouden in de 13 deelnemende ziekenhuizen (waarvan 7 academische) volgens het klinisch traject van de patiënt: vanaf de spoedgevallen, via de hospitalisatiedienst, het operatiekwartier en de post-operatie.

Het aspect proces behelsde de retrospectieve analyse van minstens 50 dossiers per ziekenhuis. Werd de pijn bij kinderen geëvalueerd, met welke evaluatiemiddelen, welke pijnstillers werden voorgeschreven, waren er neveneffecten? We vertrekken dus van geschreven documenten.

Sommige handelingen worden niet genoteerd, soms zijn er geen gegevens...

Het aspect resultaat en tevredenheid vloeide voort uit de bevraging van de ouders (en de kinderen vanaf 7 jaar) waarvan de dossiers werden bestudeerd.

Voor de structuur werd ten slotte op 1 dag een vragenlijst overhandigd, na de aspecten proces en resultaat, aan alle zorgverleners – ongeacht hun specialiteit (artsen, verpleegkundigen, kinesisten, enz.) - die beroepshalve met kinderen werken in hun ziekenhuis.

Deze vragenlijsten werden verspreid na de andere bevragingen, om elke beïnvloeding te vermijden van het gedrag en de praktijken van de zorgverleners tijdens de ondervraging (proces en resultaat).

In de tweede fase werd binnen de deelnemende instellingen een multidisciplinair comité samengesteld om de protocollen en procedures van pijnbestrijding te bepalen en uit te voeren.

Duo's van artsen- en verpleegkundigen-coördinatoren hielden zich halftijds bezig met het sensibiliseren van het verzorgend personeel rond de pijn bij kinderen in hun instelling. Een bundelend en multimodaal werk. De situatie wijzigde snel in de instellingen.

De boodschap was ondubbelzinnig! Ga aan de slag, vorm teams, werk protocollen uit, u hebt een jaar de tijd om een nieuwe methodologie, nieuwe zorgpraktijken, attitudes en werkmethodes te implementeren: het gebruik van farmacologische en andere middelen met geavanceerde technieken, morfine-afgeleiden via intraveneuze PCA, peridurale, Meopa (equimolair gas van zuurstof en stikstofdioxide), Emla, glucose 30% bij baby's, enz. Dit alles met respect voor wat de wetenschappelijke literatuur voorschrijft en voor het Belgisch wettelijk kader. We verlangden dat het project meteen voordelen zou opleveren.

Daarom werden 5 opleidingsdagen (algemene basis en meer gericht) georganiseerd voor de coördinatoren tijdens de eerste twee fases van het project.

De derde fase werd net afgerond en is identiek aan de eerste op het procesniveau, maar dit keer na de bewustwording in de deelnemende ziekenhuizen. Ze moet aantonen welke structuren en middelen de preventieve en curatieve behandeling van acute pijn kinderen in het ziekenhuis bevorderen. De analyse van de dossiers voor deze derde fase gebeurde in dezelfde tijdspanne, om te werken met dezelfde ziektebeelden en omstandigheden. De gegevens van fase 1 en 3 werden ontleed door de 'École de Santé Publique' van de ULB.

Zijn de praktijken gewijzigd? Wordt de pijn vaker geëvalueerd ?

Het RIZIV verwacht van ons tegen eind april voorstellen om normen, budgetten en werkpistes te

bepalen, dit op het niveau van preventie, behandeling en patiënttevredenheid: het kind is de prioriteit.

We mogen ook niet vergeten te praten over de controleziekenhuizen waar het project niet werd uitgewerkt. Daar werd fase 1 en 3 op kleine schaal uitgevoerd (fase 2 werd bewust overgeslagen om objectief vast te stellen dat het project echt voor betere praktijken zorgde in de 13 deelnemende instellingen). Deze 3 ziekenhuizen leverden fantastisch werk. Door zich bloot te stellen speelden ze een belangrijke rol in het proces, ze stelden enorm veel vertrouwen in ons. Het wetenschappelijk comité zal voor hen een opleidingsdag organiseren rond de bestrijding van acute pijn bij kinderen.

En wat gaat er nu gebeuren ?

J.F.: Een institutionele bewustwording binnen een welbepaald kader. We hebben geleerd de wet van 2004 toe te passen, evenals de wet van 2005 over de manier waarop de arts zijn voorschrift opstelt, waar de moleculen, de toedieningswijze, de dosering moeten vermeld worden. De voorschrijver moet ook duidelijk identificeerbaar zijn. Vervolgens is het aan de verpleegkundige om dit toe te passen. Die kan niet oordelen of de patiënt al dan niet pijn lijdt en de voorgeschreven pijnstillers niet toedienen. Er bestaat nog een zekere schroom rond pijnstillers, wellicht nog vanuit de oude overtuiging dat pijn verlossing brengt...

Er bestaat dus nog weerstand. Wat als zich problemen met collega's voordoen ?

J.F.: Wie iets meer afweet over pijn bij kinderen, maakt vaak moeilijke situaties mee. Ik loop door een gang en hoor een kind huilen vanwege een bloedafname. Hoe reageer je als pijnprofessional? Kreeg het kind emla, is er een voorschrift ? Wat doe ik daarmee ? Heb ik de informatie goed overgebracht? Hoe kan ik bijdragen tot een verbeterd gedrag vanuit de ervaring ? Waarom werkt mijn collega op die manier ? Ik heb geleerd me te beheersen, mijn gevoelens te controleren. Soms is er een perfect logische verklaring. Sommige patiënten of ouders weigeren pijnstillers. We werken met minderjarigen. Waarom is er geen pijnprotocol ? Gebrek aan tijd, een probleem met een voorschrift? Voor een stuk is er ook persoonlijke weerstand, gebaseerd op cultuur, onvoldoende kennis, druk... De verpleegkundige wordt gekneld tussen artsen, collega's, hiërarchische oversten. Indien er geen gedeelde pijnfilosofie bestaat, wordt alles echt heel moeilijk.

Is de praktijk van de artsen gewijzigd vanuit het standpunt van de verpleegkundige ?

J.F.: Je moet rekening houden met wat er reeds bestaat, hoe ver de instelling en het team staan. Wanneer je mensen samenbrengt, vormen ze daarom nog geen team.

Werken aan pijn raakt aan aspecten als intimiteit, cultuur, verlossing, geloofsovertuiging, institutionele gewoonten.

Iemand plant een zaadje en de plant groeit. Het project zette een proces in gang, maar de nieuwe praktijken moeten ingeburgerd raken. Tot eind december 2010 wordt de functie van verpleegkundige-coördinator verlengd - en wellicht geïnstitutionaliseerd. Die van arts-coördinator misschien ook. De artsen die de drie fases doormaakten, zetten het werk zeker verder. Zij worden de vaandeldragers. Het pijnteam moet het statuut van consultant afwerpen en echte legitimiteit verwerven.

Hoe kijkt u terug op uw tijd als Franstalige verpleegkundige-coördinator ?

J.F.: Op professioneel en persoonlijk gebied was het een ronduit fantastische ervaring. Ik heb mezelf moeten bijscholen, vorig jaar haalde ik een interuniversitair diploma Pijn in Parijs, om met andere experts te kunnen overleggen. Het betekende voor mij een intensieve periode van opleiding en kennisverspreiding, om multidisciplinair te kunnen werken, om op niveau met het wetenschappelijk comité te kunnen praten. Ik moest ook leren communiceren in beide landstalen, ontdekken wat de verschillende gevoeligheden zijn in Vlaanderen en Wallonië, ongeacht de gelijkaardige ervaringen en knowhow. Het was dus zeer verrijkend. Sommige zorgverleners zijn

Hospinews, de nieuwsbrief van Hospichild.be, website met niet-medische informatie omtrent de hospitalisatie van kinderen

bijzonder tevreden met de nieuwe verworvenheden, andere minder. Zorgverleners stellen zich niet altijd heel open op. Ik moest de moeilijkheden die sommigen ondervinden met pijn leren inzien en begrijpen.

Het heeft ook alles te maken met het lijden van de zorgverlener Pijn doen doet pijn. Daar kan je niet omheen. Je moet professioneel blijven, maar ook trouw aan jezelf, je waarden.

De voorbije drie jaar hield ik contact met het werkveld. Zo bleef ik me bewust van de moeilijkheden van de zorgverleners, om die over te maken aan het wetenschappelijk comité. Nogmaals, het was verrijkend voor mij en mijn collega's, ook op persoonlijk vlak.

Bedankt voor dit onderhoud. We hopen dat het project een vervolg zal vinden en zijn vruchten zal blijven afwerpen!