

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

Van kinderaanesthesie tot algologie

October 2009

Interview : Prof. Mario Govaerts

Interview door : Emmanuelle Vanbesien

Uitgever : Hospichild.be / cmdc-cdcs vzw

Professor Mario Govaerts wijdde zijn loopbaan aan de kinderaanesthesie en de algologie. Bijna 40 jaar ten dienste van een vakgebied dat sterk evolueerde, met als orgelpunt het opstarten van een nationaal project: ‘Hevige pijn bij kinderen’.

Vandaag beseffen de specialisten dat de pijn en de angst van een kind tijdens en na een heelkundige ingreep de nodige aandacht verdienen. Er is wat tijd overheen gegaan om inzicht te verwerven in de gevoeligheid van kinderen voor pijn. Men dacht lange tijd dat het onderontwikkelde zenuwstelsel van kinderen geen pijnsignalen herkende. Ondertussen toonde de psychopathologische studie van pijn in vergelijking van de ontwikkeling van het zenuwstelsel bij kinderen het tegendeel aan. Professor Govaerts is met pensioen, maar nog steeds bijzonder druk bezet. Hij pleit voor een gestructureerde en structurele behandeling van pijn bij kinderen aan de hand van een pertinent project, dat in 2003-2004 tot stand kwam op initiatief van minister Rudy Demotte: Het Nationaal Project Hevige Pijn bij Kinderen.

Welke weg hebt u afgelegd van de anesthesie tot de algologie?

Pr. M. Govaerts: ik was tegelijk de beste en de slechtste kinderaanesthesist! In België heb ik mij namelijk als eerste gespecialiseerd in dit vakgebied.

Ik leg me dus al geruime tijd toe op pijn bij kinderen. Wat is eigenlijk de rol van de anesthesist? Hij is de arts die ervoor zorgt dat de patiënt een heelkundige ingreep kan ondergaan zonder trauma – of toch zo beperkt mogelijk. De allereerste stap is het wegnemen van de pijn en vaak ook het bewustzijn om stress te voorkomen. Lange tijd was er trouwens maar één mogelijkheid, en dat was een totale verdoving.

Maar we moeten vooral de pijn na de ingreep verminderen: wanneer onze taak erop zit, moet het nog allemaal beginnen voor het kind. Kinderartsen moeten nu eenmaal kinderen behandelen. Aan hun reactie op pakweg een inspuiting kan je zien dat ze pijn ervaren. Als je de perceptiestructuren van pijn en hun werking bij de mens analyseert en dit naast de ontwikkeling van het zenuwstelsel legt (van onderontwikkeld bij een vroeggeboren baby tot ontwikkeld bij de adolescent en aftakelend bij een oudere), is het duidelijk dat jongere patiënten pijn sterker aanvoelen. Dat geldt voor een vroeggeboren tegenover een voldragen baby, voor een pasgeboren baby tegenover een zuigeling, voor een kleuter tegenover een adolescent enzovoort. Immaturiteit verhoogt de pijnprikkels en verhindert de natuurlijke pijnstillende reacties en niet omgekeerd – zoals men vroeger dacht. Dat blijkt ook uit studies naar de fysiologie van geopereerde kinderen.

Nadat ik mij hiervan bewust geworden was en een degelijk aantal collega's kon overtuigen om zich toe te leggen op de kinderanesthesie, leek het mij logisch om mij volledig te wijden aan de algologie.

Bestaan specifieke pijnstillers voor kinderen al lang en hoe gaat men tewerk bij kinderanesthesie? Door kleinere dosissen te gebruiken?

Pr. M. Govaerts: nieuw is het voorschrijven van echt pijnstillende middelen.

De eerste kinderanesthesisten in Engeland, Frankrijk en de V.S. (deze landen beschikten als eerste over kinderziekenhuizen en hun anesthesisten waren dus de eersten om zich te specialiseren) gebruikten slechts vluchtige verdovende middelen, die wel de globale hersenactiviteit afremmen, maar geen specifieke impact hebben op de overdracht van pijnprikkels. Het ontbrak hen aan een goede kennis van de fysiologie van het kind. Dus ging men maar empirisch tewerk, op basis van wat men geleerd had bij volwassenen. Aan het begin van de jaren 70 specialiseerden verschillende artsen van Brussel en de UCL zich in de kindergeneeskunde. De opening van het UKZKF zorgde voor een nieuw elan, en de voorbije dertig jaar kende de kinderanesthesie een sterke ontwikkeling.

Het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola telt vandaag vijf kinderanesthesisten, die stagiaires opleiden in dit vakgebied.

U bent één van de drijvende krachten achter een project rond pijnbestrijding bij kinderen. Wat houdt dit project zoal in?

Pr. M. Govaerts: het Nationaal Project Hevige Pijn bij Kinderen werd opgestart vanaf 2003 op initiatief van minister Rudy Demotte en trad in werking in 2006.

Het eerste – wetenschappelijke – luik bestond uit een algemeen overzicht van de literatuur rond hevige pijn bij kinderen en een enquête bij de Belgische ziekenhuizen die over « kinderbedden » beschikken over de pijnbestrijding bij kinderen. Het ging om een analyse van de mening van de zorgverleners. Van de 114 aangeschreven ziekenhuizen hebben er 78 geantwoord. Een prima resultaat, dat aantoont dat de materie de zorgverleners aanspreekt.

Op basis van deze enquête werd het **klinische luik** opgestart, dat verloopt in drie fasen:

- 1ste fase : een enquête in 13 deelnemende ziekenhuizen, waarvan 7 academische. In elk van hen vond een enquête van het type « structuur, proces, resultaat » plaats.

Het aspect ‘proces’ bestond uit de analyse van ten minste 50 dossiers per ziekenhuis.

Het aspect ‘resultaat’ vloeit voort uit een bevraging van de ouders (en de kinderen vanaf 7 jaar), waarvan de dossiers werden bestudeerd.

Voor het aspect ‘structuur’ werd een dag na de beide vorige delen een vragenlijst overhandigd aan alle zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, kinesisten, enz), die binnen het ziekenhuis beroepshalve bezig zijn met kinderen. Dit gebeurde na de twee andere aspecten, om te vermijden dat het lezen ervan het gedrag van de zorgverleners zou beïnvloeden in de ondervragingsfase (proces en resultaat).

- 2de fase : aanstellen van een verpleegkundige (gespecialiseerd in pijn bij kinderen) als halftijdse projectcoördinator en van een coördinerende arts. Hun taak: het sensibiliseren van de medewerkers voor de pijn van het kind, het uitwerken van protocollen, attitudes en werkmethodes, conform aan de gegevens uit de literatuur.
- We gaan nu fase 3 in. Die is identiek aan fase 1, maar dan na het opstarten van een reeks structurele en functionele acties in de deelnemende ziekenhuizen.

Fase twee duurde dus bijna twee jaar om - hopelijk – te kunnen aantonen welke structuren de preventieve en curatieve behandeling van hevige pijn bij kinderen verbeteren in een ziekenhuisomgeving.

Ondertussen aanvaardden 3 ziekenhuizen om de aspecten ‘proces’ en ‘structuur’ van de fasen 1 en 3 te ondergaan, zonder bevraging van de ouders. Zij krijgen geen hulp bij om de situatie te verbeteren tussen fase 1 en 3. Zo kunnen we de gegevens van deze ziekenhuizen vergelijken met diegene die de 3 fasen doorliepen.

Bij dit ambitieuze project zijn ruim 990 kinderen betrokken en werden bijna 1.200 vragenlijsten «structuur» doorlopen met de ziekenhuismedewerkers in fase 1.

Het onderliggende idee is natuurlijk om gedragslijnen uit te tekenen, die verplicht worden en gefinancierd in alle Belgische ziekenhuizen die kinderen opvangen. Want het zou zinloos zijn om enkel kinderen in de 13 betrokken ziekenhuizen te laten genieten van de verbeteringen, en de anderen aan hun lot over te laten.

Bent u tevreden over het verloop van het project?

Pr. M. Govaerts: de **klinische fase** loopt af op 30 november 2009. Dat betekent dat 13 verpleegkundigen het risico lopen hun job te verliezen in deze functie, die nochtans heel efficiënt is gebleken. Tenzij de ziekenhuisbesturen het geld elders kunnen vinden. In dat geval kunnen deze mensen hun de essentiële werk verder zetten om de voorziene acties uit te werken met het oog op een betere pijnbestrijding bij kinderen. Zo niet worden de maatregelen om de zorgkwaliteit te bevorderen onderbroken en staan we terug bij het begin.

Het eindrapport wordt op 30 april 2010 aangeboden aan de Minister en het Verzekeringscomité van het RIZIV. Op basis van de besluiten van het rapport moeten wijzigingen in de opvang doorgevoerd worden en gefinancierd in het hele land. Dat wordt dus een werk van lange adem.

Daarom benaderde ik het RIZIV en de FOD Gezondheid om een voortzetting van de financiering te verkrijgen van deze 13 verpleegkundigen en een klein coördinatiecomité, tot de autoriteiten hun besluiten kunnen trekken uit het rapport en maatregelen op lange termijn nemen inzake de pijnbestrijding bij kinderen in ziekenhuisomgevingen. Ik hoop dat de Minister begrijpt dat we twee jaar werk en vooruitgang niet op de helling mogen zetten, om nog te zwijgen van de bestede middelen.

Bovendien hopen de initiatiefnemers achter het project dat het een vervolg zal krijgen in de vorm

van regelmatige opleidingen rond pijn bij kinderen voor zorgverleners in het hele land (wellicht een organisatie per taalgroep), in de vorm van een tweetalige website en door het aanhouden van een nationale coördinatiestructuur om het verrichte werk te evalueren. Ik zal hier niet langer actief bij betrokken zijn, maar zal het volgen van op afstand.

En hoe zit het met de chronisch zieke kinderen die thuis verblijven?

Pr. M. Govaerts : de ervaring van de verbindingsverpleegkundigen toont aan dat veel chronisch zieke kinderen lijden door hun ziekte, maar ook door het feit dat de dagelijkse zorgen (wassen, voeding, ontlasting...) pijnlijk worden door neurologische afwijkingen. Om deze pijn te behandelen is het van doorslaggevend belang om – net zoals bij het Nationaal Project – de toestand in kaart te brengen om de omvang van het probleem in te schatten. Een vzw (ABELDI) met als roeping de pijn bij kinderen in België en het buitenland te verlichten, diende een dergelijk project in bij Minister Onkelinx. Dit project zal duidelijk minder ambitieus zijn, omdat we vermoeden dat deze kinderen met dezelfde problemen kampen. Zo kan men gemakkelijk resultaten extrapoleren. Men wil zich richten tot de patiënten van de verbindingsverpleegkundigen van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola. Een gespecialiseerde verpleegkundige in pijn bij kinderen zal de thuissituatie evalueren. Vanzelfsprekend moeten we ook strikt ethisch gezien deze kinderen enig soelaas brengen. Het doel voor de kinderen thuis is hetzelfde als dat van het Nationaal Plan.

Bedankt voor uw toelichtingen en veel succes.