Procedurele comfortzorg in de perioperatieve zorg voor kinderen

Integratie van het 7P-model binnen de kinderanesthesiologie

SAMENVATTING

Procedurele comfortzorg (PCZ) vermindert angst, pijn en stress bij kinderen tijdens medische procedures en draagt bij aan een veilige, respectvolle en effectieve zorgervaring. In dit artikel beschrijven wij hoe het 7P-model kan worden ingezet als praktisch kader om procedurele comfortzorg systematisch te integreren in de perioperatieve zorg. Dit model ondersteunt zorgverleners bij het maken van een plan op maat, met aandacht voor voorbereiding, psychologische begeleiding, pijnstilling, sedatie en nazorg. Door farmacologische en niet-farmacologische interventies doelgericht te combineren en ouders actief te betrekken, ontstaat een voorspelbaar en afgestemd zorgproces. Dit voorkomt escalatie en dwang, vergroot het vertrouwen van kind en ouders en verbetert de samenwerking binnen het zorgteam. Integratie van procedurele comfortzorg volgens het 7P-model draagt daarmee bij aan zowel de lichamelijke als psychologische gezondheid van het kind als aan efficiëntere zorg in de klinische praktijk.

Jan Bollen, Linda Schuiten, Sharron van den Berg, Jeske Bruijninckx-Houwers, Myrthe Levering, Mila Leeuwerik, Piet Leroy

dr. mr. J. Bollen, kinderanesthesioloog, MMT-arts, Radboudumc, Nijmegen

L. Schuiten, verpleegkundig specialist procedureel comfort, OLVG, Amsterdam

S. van den Berg, verpleegkundig specialist procedureel comfort, OLVG, Amsterdam

J. Bruijninckx-Houwers, anesthesiemedewerker, kinder-IC-verpleegkundige, Radboudumc, Nijmegen

M. Levering, Medisch Pedagogisch Zorgverlener, OLVG, Amsterdam

M.M.W. Leeuwerik, kinderanesthesioloog, Radboudumc, Nijmegen

prof. dr. P. Leroy, kinderarts-intensivist, MUMC+, hoogleraar Procedurele Sedatie en Analgesie bij Kinderen, Maastricht

LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:

- kunt u procedurele comfortzorg toepassen als vast onderdeel van perioperatieve zorg voor kinderen
- kunt u het 7P-model gebruiken om een plan op maat te maken voor een kind
- kunt u met één consistente communicatiestijl angst en escalatie verminderen
- kunt u farmacologische en niet-farmacologische interventies veilig en complementair inzetten volgens de richtlijn *Sedatie, analgesie en niet-farmacologische interventies voor begeleiding van kinderen bij medische procedures*

Inleiding

'Hou het kind maar even goed vast', 'Het is maar een prikje', en 'Als hij huilt gaat hij sneller slapen' zijn uitspraken die nog altijd voorkomen binnen de kinderanesthesiologie. De indrukken die kinderen tijdens medische procedures opdoen, kunnen echter langdurige

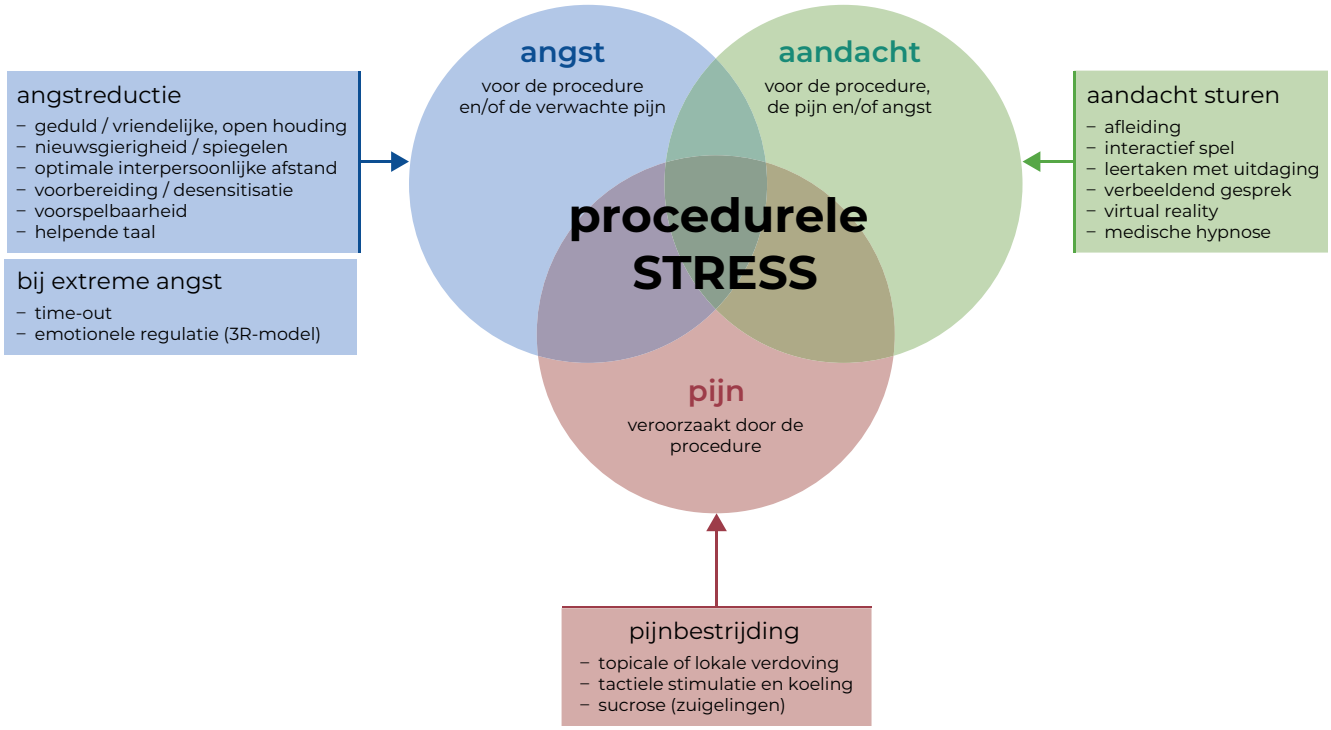
gevolgen hebben, variërend van angst tot vermijdingsgedrag of gedragsproblemen.[1,2] Een studie uit 2015 liet zien dat 63% van de kinderen aangeeft bang te zijn voor naalden, terwijl uit meerdere onderzoeken blijkt dat bij volwassenen 14% tot 38% in meer of mindere mate angst voor naaldgerelateerde procedures ervaart.[3] Hoewel de tijd dat ouders buiten de kamer moesten wachten of dat kinderen 'stevig werden vastgehouden' achter ons ligt, is de praktijk nog niet altijd kindvriendelijk of traumabewust. Dit artikel beschrijft hoe procedurele comfortzorg kan worden geïntegreerd in het perioperatieve proces, met het 7P-model als leidraad voor het maken van een plan op maat.

Casus

Marie is 4 jaar en wordt door de kinderuroloog ingepland voor een scopie onder algehele anesthesie wegens recidiverende urineweginfecties. Ze vindt het ziekenhuis erg spannend, mede door een eerdere ervaring bij het plaatsen van trommelvliesbuisjes. Na die ingreep had zij wekenlang last van verlatingsangst en nachtmerries. Nu begint ze te huilen zodra haar moeder vertelt dat er opnieuw een ziekenhuisbezoek gepland staat. De vraag is hoe haar vertrouwen weer kan worden gewonnen en hoe het traject voor haar zo comfortabel mogelijk kan verlopen.

Wat kan er beter?

De zorg voor kinderen is de afgelopen decennia sterk verbeterd: rooming-in, aanwezigheid van ouders op de operatiekamer tijdens de inleiding, lokale verdoving en gestructureerde voorbereiding worden steeds meer de norm. Toch zijn er geen *quick fixes* of standaardoplossingen voor traumavrije zorg.[4] Kindgerichte zorg vraagt om consistentie door de gehele keten en om een plan dat is afgestemd op het individuele kind en de ouders. Logistieke overwegingen zijn zelden een valide reden om kindvriendelijke zorg niet toe te passen; vaak levert tijd investeren vooraf juist tijdwinst op tijdens de procedure. De nieuwe richtlijn *Sedatie, analgesie en niet-farmacologische interventies voor begeleiding van kinderen bij medische procedures* (2024) beschrijft expliciet dat farmacologische én psychologische begeleiding onmisbaar zijn. Iedereen die met het kind in aanraking komt – van kinderverpleegkundige via holdingmedewerker, anesthesiemedewerker



Figuur 1 Procedurele stress ontstaat uit drie elkaar beïnvloedende factoren: pijn, angst en aandacht voor die angst en pijn. Zorgverleners dienen deze tegelijk aan te pakken via psychologisch-cognitieve strategieën (angstreductie en het verleggen van de aandacht) en adequate pijnstilling. Daarnaast omvat procedurele comfortzorg nog vijf strategieën: procedure inschatten, preventie, proces en organisatie, procedurele sedatie en post-procedure zorg. Samen vormen zij het 7P-model voor traumavrije zorg.

en anesthesioloog tot medisch pedagogisch zorgverlener (MPZ) – draagt hieraan bij.
Internationaal zijn recent kinderrecht-gebaseerde standaarden ontwikkeld voor de begeleiding van kinderen tijdens medische procedures. Deze standaarden zijn tot stand gekomen in samenspraak met kinderen, ouders en zorgprofessionals uit meerdere landen en maken expliciet onderscheid tussen ondersteunende en dwingende houdingen. Ze bieden praktische, evidence-based handvatten om de zorg te verbeteren en helpen zorgverleners bewuster keuzes te maken over vasthouden of inperken van de bewegingsvrijheid van kinderen tijdens een procedure.[5] Ook over de grenzen heen worden er dus tools ontwikkeld om comfortabele zorg voor kinderen te optimaliseren.

Het PROSA-kenniscentrum (www.prosanetwork.com) heeft een model ontwikkeld dat als kapstok gebruikt kan worden om bij ieder kind een plan op maat te maken. Dit heet het 7P-model, waarbij iedere P staat voor een onderdeel van het gehele proces. We gaan eerst in op de algemene aspecten van dit model, voordat we met de casus van Marie een voorzet doen voor een perioperatief proces gericht op procedurele comfortzorg (PCZ).[6,7]

Wat is PROSA?

Het PROSA-kenniscentrum ontwikkelt interdisciplinaire onderwijsprogramma's gericht op het trainen van zorgteams in PCZ.[8] Centraal daarin staan vaardigheden in helpende communicatie, afleidingstechnieken, voorbereiding, pijnstilling en indicatiestelling voor procedurele sedatie. Met een betrekkelijk eenvoudige set vaardigheden kan meestal snel vertrouwen met kinderen/ouders worden opgebouwd. Hierdoor wordt de therapeutische relatie sterker en neemt ook de beroepssatisfactie toe.
Het PROSA-denken is gebaseerd op zes waarden:

1. gelijkwaardig partnerschap tussen zorgverlener, kind en ouders;
2. optimale samenwerking tussen deze drie partijen;
3. het leggen van verbinding en aansluiting bij de belevingswereld;
4. het ontwikkelen van vertrouwen;
5. respect voor de ouder-kindrelatie;
6. het vermijden van dwang.

Deze waarden vormen een moreel en praktisch kompas. Hoewel de term PROSA oorspronkelijk gerelateerd was aan 'procedurele sedatie en analgesie', is het nu veel meer een concept voor comfortabele zorg voor kinderen.

Het 7P-model

1. Procedure personaliseren

De eerste stap is begrijpen wat een specifieke procedure betekent voor dit specifieke kind. Hierbij worden eerdere ervaringen, copingstijl, angstniveau en ontwikkelingsfase geïnventariseerd. Een goede evaluatie maakt duidelijk welke ondersteuning, voorbereiding of aanpassingen nodig zijn voor deze specifieke procedure.

2. Preventie

Preventie draait om het voorkomen van angst, pijn en traumatisering door vroegtijdig stil te staan bij de noodzaak, timing en vorm van de procedure. Hierbij wordt bekeken of alternatieven mogelijk zijn, of aanvullende voorbereiding zinvol is (o.a. met premedicatie) en welke setting het meest geschikt is. Ook omvat deze P het tijdig consulteren van betrokken disciplines, zoals de medisch pedagogisch zorgverlener (MPZ). Door vroeg na te denken over mogelijke knelpunten worden veel problemen tijdens de procedure voorkomen. Dit impliceert bijvoorbeeld ook het zo veel mogelijk combineren van ingrepen of diagnostische procedures, om het aantal stressmomenten voor het kind zo veel mogelijk te beperken.

3. Psychologische strategieën

De psychologische P beschrijft de cognitieve en emotionele strategieën die bijdragen aan vertrouwen, voorspelbaarheid en regie. Hierbij gaat het om het bouwen aan vertrouwen en behouden van vertrouwen. Dat wil zeggen dat u eerst de tijd moet nemen om contact te maken, in te schatten wie de patiënt is en wat deze nodig heeft voordat u de procedure kunt starten. Zo kan het kind zich veilig genoeg voelen om mee te werken.
Dit gaat om aansluiten bij de belevingswereld, gebruik van positieve en neutrale taal en het creëren van een omgeving waarin het kind zich gezien voelt, autonomie en regie ervaart. Negatieve woorden (nocebo-effect) zorgen voor meer pijn en meer angst,[9,10] terwijl positieve suggestie (placebo-effect) juist zorgt voor meer vertrouwen en ontspanning. De vuistregel is: benoem wat u wél wilt dat het kind ervaart (bijvoorbeeld 'dit kan kriebelen' in plaats van 'dit kan branden', of 'dit kan bijzonder/lekker ruiken' in plaats van 'dit gaat stinken').
Het doelgericht sturen van de aandacht van angst naar vertrouwen door middel van afleiding, interactief spel, geleide fantasie en ontspanning helpen om angstgevoelens om te zetten in positieve emoties. Bij oudere kinderen kunnen ook virtual reality en medische hypnose effectief zijn.

3R-model

Bij zeer angstige kinderen kan het nodig zijn om een time-out in te zetten waarbij het 3R-model helpend is:[11]

1. De eerste stap is '**Regulatie**': help het kind om zich door troost, ademhalingsoefeningen, rustig praten en situatieverandering, emotioneel en fysiologisch opnieuw te reguleren. Bij voorkeur laat u het reguleren van het kind over aan ouders.
2. Herstel vervolgens de '**Relatie**' door op ooghoogte te praten, begrip te tonen en present te blijven.
3. Zodra het kind gekalmeerd is en in contact, komt het '**Redeneren**': gezamenlijk onderzoeken hoe het best kan worden gehandeld en een plan maken.

4. Procedurele pijnstilling

Deze P focust op adequate pijn- en angstbestrijding met farmacologische middelen. Het gaat om optimale timing, juiste dosering en passende toedieningsroutes voor lokale en systemische analgesie. Het toepassen van premedicatie, lokale verdoving en comfortverhogende technieken is essentieel om de procedure zo draaglijk mogelijk te maken. Kinderen ervaren hierdoor minder stress en behouden meer vertrouwen. Goede procedurele pijnstilling voorkomt escalatie, dwang en negatieve herinneringen.

5. Procedureel proces

Deze P gaat over het vormgeven van een voorspelbaar, consistent en afgestemd traject, door aan te sluiten op het ontwikkelingsniveau van het kind. Het omvat duidelijke communicatie, afstemming tussen disciplines en het creëren van een rustige, veilige omgeving. Door het proces transparant en begrijpelijk te maken, krijgen het kind en zijn ouder houvast. Het team weet wat ieders rol is en handelt op dezelfde manier. Hierdoor vermindert de kans dat het kind geconfronteerd wordt met onverwachte of tegenstrijdige prikkels.
Als ziekenhuis is het goed om een framework te hebben over hoe het proces verloopt en wat de mogelijkheden zijn. Hierdoor sluit de voorbereiding van de MPZ aan op dat wat de holding- en verkoeverkamerverpleegkundige, anesthesiemedewerker en anesthesioloog zeggen of doen. Het is dus aanbevolen dat alle partijen elkaar gemakkelijk weten te vinden, en elkaar ook treffen naast overleg over specifieke patiënten om het gehele traject te kunnen stroomlijnen.[12]

6. Procedurele sedatie

Procedurele sedatie is bedoeld om angst en belasting te verminderen wanneer niet-farmacologische interventies onvoldoende zijn. De uitvoering moet veilig, comfortabel en afgestemd zijn op het individuele kind en de setting.

De keuze van het middel en de plaats van sedatie hangen af van medische, logistieke en psychologische factoren. Indien kinderen erg angstig zijn voor het anesthesiemasker of prikangst hebben, kan het soms helpend zijn om sedatie te geven voorafgaand aan het transport naar de plek waar de procedure plaatsvindt. In sommige ziekenhuizen wordt dit uitgevoerd door een sedatie praktijk specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant. In sommige gevallen kan de logistiek zelfs zo geregeld worden dat het kind dan slapend en met een infuus naar de operatiekamer komt. Dit bespaart de eventuele stress van de operatiekamer, het infuus en/of het anesthesiemasker.

7. Post-procedurele zorg

Na afloop van een medische procedure (al dan niet verricht onder een vorm van PSA) is het van belang de behandeling na te bespreken. Dit gebeurt met kind en ouders om te polsen hoe zij het vanuit hun perspectief hebben ervaren, maar ook met alle zorgprofessionals, om op zoek te gaan naar goede punten en verbeterpunten. Zorg voor een complete verslaglegging (vooral indien er toch dwang is gebruikt), zodat een volgende zorgverlener meteen een goed beeld heeft van de situatie en doe suggesties voor een volgende procedure. Op die manier wordt door het creëren van een positieve herinnering als het ware gewerkt aan het genereren van een positieve verwachting voor een volgende ontmoeting met kind en ouders. Denk bij ernstige problemen of bij de verwachting dat er nog veel procedures nodig zullen zijn eventueel aan een multidisciplinair overleg, zo nodig ook met andere ziekenhuizen en zorgverleners waar het kind onder behandeling is. Geef ouders informatie over hoe zij thuis nog (positieve) aandacht kunnen besteden aan het verloop van de procedure.

In het algemeen geldt:

1. Maak binnen de organisatie afspraken over mogelijkheden en afspraken omtrent PCZ.
2. Maak gebeurtenissen voorspelbaar; onvoorspelbare situaties kunnen stress veroorzaken, voorspelbaarheid geeft rust en overzicht.
3. Zorg dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de gemaakte afspraken, sluit bij kennismaken kort wat is afgesproken met kind, ouder en betrokken collega's.
4. Zorg voor een rustige omgeving, niet te veel mensen, dim het licht, spreek rustig en stel het 'one voice'-principe in. Spreek af wie het kind begeleidt.
5. Woorden kunnen zowel angst als vertrouwen creëren. Wees u bewust van het effect hiervan. Zorg voor verbinding, sluit aan op een onderwerp dat bij het kind past, spreek niet in metaforen als 'slangetjes',

Tabel 1 Het 7P-model in één oogopslag.

P	kernvraag	praktische focus
procedure	Wat betekent dit voor dit kind?	eerdere ervaringen, ontwikkelingsniveau
preventie	Kan het anders of beter voorbereid? Is de procedure (vandaag) nodig?	timing, setting, noodzaak
psychologie	Hoe de angst ombuigen tot vertrouwen en regie?	angstreductie dankzij kindgerichte communicatie, positieve taal en voorspelbaarheid sturen van de aandacht (afleiding, dialoog, interactief spel, geleide fantasie, ...)
pijnstilling	Is pijn adequaat afgedekt?	lokaal + systemisch
proces	Is iedereen afgestemd?	één plan, één verhaal
procedurele sedatie	Is sedatie nodig en veilig?	juiste expertise en monitoring
post-procedurezorg	Wat onthoudt het kind?	reframing, documentatie

benoem kabel en stickers. Gebruik korte zinnen, geef het kind verwerkingstijd.

6. Geef regie waar mogelijk. 'Wil je het rode lampje links of rechts? Wil je bij mama op schoot of zelf op tafel klimmen?'

Het 7P-model in de perioperatieve zorg

Hieronder doen we een concreet voorstel om PCZ te integreren in de perioperatieve zorg. Welke aspecten mogelijk zijn en welk idee het meest geschikt is, is afhankelijk van de concrete omstandigheden binnen de zorginstelling.

Preoperatief

De voorbereiding op de procedure begint ruimschoots vóór de dag van de ingreep. Nog voor de preoperatieve screening verzamelt de zorgverlener informatie over Marie en haar eerdere ervaringen. In het dossier of het verslag van de operateur kunnen al signalen staan die richting geven aan de voorbereiding. Bij kinderen zoals Marie kan een telefonisch of videoconsult onvoldoende blijken, en kan een fysiek consult nodig zijn om vertrouwen op te bouwen, het niveau van spanning in te schatten en ouders te ondersteunen in hun rol. Misschien is het dan ook mogelijk dat iemand van het anesthesiologisch team die de screening uitvoert ook aanwezig is bij de procedure.

Zorg dat er informatievoorziening mogelijk is met behulp van filmpjes en scan alle informatie die aan het kind en de ouder wordt verstrekt op taalgebruik: introduceer positief taalgebruik en wijs ouders op de kracht hiervan. Stimuleer ook ouders van kleine kinderen hun kind voor te bereiden op wat komen gaat en adviseer een boekje samen te 'lezen' (bijvoorbeeld *Nijntje in het ziekenhuis* of *Bobbi naar het ziekenhuis*). Afhankelijk van de leeftijd kunt u een animatiefilm laten zien over de gang van zaken op de operatiekamer, of een 'echt' filmpje, zoals te vinden op YouTube. Tijdens de preoperatieve screening richt u zich zo veel mogelijk tot het kind zelf (spreek met het kind, niet óver het kind), en schat u in hoe angstig het kind zal zijn (bijvoorbeeld op basis van eerdere ervaringen met bloedafnames, vaccinaties, operaties, maar ook wat ouders meegemaakt hebben). Afhankelijk van de bevindingen en afspraken kan de MPZ (en soms zelfs de medische psychologie) al voor de operatiedag worden betrokken en kunnen zij ook mee naar de operatiekamer.

Kinderen kunnen eventueel een anesthesiemasker mee naar huis krijgen. Hierdoor kunnen ze vertrouwd raken met het masker, bijvoorbeeld door het te versieren met stickers aan de buitenkant. Door het spelen en oefenen met het materiaal (desensitiseren) creëert u voorspelbaarheid. Oudere kinderen kunt u een vragenlijst geven over hun voorkeuren tijdens de opname en procedure (iSupport heeft hiervoor goede voorbeelden).[13] Bij alle kinderen kunt u polsen wat hun hobby's zijn of waar ze van houden of graag naar kijken. Zo hebt u meteen een gespreksonderwerp of kunt u de visuele omstandigheden op de beeldschermen op OK aanpassen.

Vermijd woorden als stank en de vieze/nare lucht van sevofluraan. Zeg liever: 'Het slaapluchtje ruikt bijzonder, sommige kinderen vinden het een beetje naar verf ruiken. Het werkt het beste als jij heel goed in het masker blaast.' Geef uitleg over EMLA® of Rapydan®, zonder de woorden 'pijn' of 'prik' te gebruiken. Leg ook uit dat vier plaatsen met EMLA® niet betekent dat het kind vier keer een infuus krijgt, maar dat jullie per verwijderde pleister kijken waar het plaatsen het gemakkelijkst zal gaan.

De keuze voor premedicatie wordt bepaald door de mate van angst, eerdere reacties en de voorkeur van het kind; middelen als clonidine of dexmedetomidine kunnen bij sommige kinderen een rustiger alternatief zijn dan midazolam – ook afhankelijk van de meest geschikte toedieningswijze voor het kind. Het kan nuttig zijn om het middel bij twijfel in ieder geval voor te schrijven, zodat enerzijds geen extra verzoek om een order nodig is, maar waarbij anderzijds het kind of ouders ook de mogelijkheid hebben om alsnog af te zien van inname. Daarbij moeten ze zich wel realiseren dat een rustig kind op de afdeling niet automatisch betekent dat het ook rustig zal zijn op de operatiekamer. De richtlijn *Sedatie, analgesie en niet-farmacologische interventies voor begeleiding van kinderen bij medische procedures* is niet gericht op premedicatie, terwijl de Sectie Kinderanesthesiologie (SKA) van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) wel een document heeft waarin de verschillende mogelijkheden van premedicatie worden besproken.[14]

Peroperatief

De eerste indruk is essentieel en dat geldt ook voor de operatiekamer. Probeer de wachtruimte/holding zo kindvriendelijk mogelijk in te richten, zorg voor rust en geef ze daar een ontwikkelingsgerichte handeling, zoals het versieren van het masker of afleiding middels een zoekboek, muziek of een projector. Het brein kan zich namelijk slechts goed focussen op één activiteit. Afhankelijk van het kind, diens reisafstand, leeftijd, opnametijdstip et cetera kan het zelfs nuttig zijn te overwegen of een procedure beter aan het begin of net het eind van de dag kan worden uitgevoerd.

Kies ervoor om de tijd op de holding zo kort mogelijk te houden. Zorg voor aanwezigheid van minstens één ouder gedurende de inleiding. Begeleid de ouder, geef concrete opdrachten (bijvoorbeeld 'Als u hier naast haar plaatsneemt, kan ze u goed zien' of 'Hou haar hand maar vast en praat maar tegen haar'). Heb oog voor het feit dat de operatie/procedure voor de ouder vaak minstens zo spannend is als voor het kind.

Op OK kunt u de lichten dimmen en kunt u de aanwezige schermen benutten om een filmpje af te spelen. Er kan gekozen worden voor een onderwerp waar het kind van houdt (zoals gevraagd op de preoperatieve polikliniek anesthesiologie), of met een neutraal filmpje (van bijvoorbeeld een aquarium of dieren). Ook muziek, een VR-bril en/of een bellenblaas kunnen voor afleiding zorgen. Tracht het aantal mensen op OK zo veel mogelijk te reduceren en ga na hoe de time-outprocedure zo beknopt mogelijk gehouden kan worden. Na de time-out verlaat – indien mogelijk – het niet-anesthesiologisch team de operatiezaal, ter reductie van ruis en visuele prikkels. Streef ernaar dat slechts één persoon communiceert met het kind ('one voice'-principe) en houd de ouder dichtbij. Voer handelingen uit, communiceer op ooghoogte van het kind en vermijd onnodige monitoring. Gebruik geen ja/nee-vragen ('Mag ik een saturatiemeter op je vinger zetten?'), maar geef het kind wel een keuze ('Op welke vinger mag ik de saturatiemeter zetten?').

Tabel 2 Voorbeeldzinnen positief taalgebruik.

wel gebruiken	'Ik vertel steeds wat de volgende stap is.'
wel gebruiken	'Je mag kiezen: links of rechts.
niet gebruiken	'Het doet geen pijn.'

Maskerinductie kan een vlotte manier zijn om kinderen onder anesthesie te brengen, maar is zeker niet geschikt voor alle leeftijden. Kinderen die te jong zijn om de uitleg te begrijpen kunnen snel in slaap vallen, en kinderen die oud genoeg zijn maar angst voor naaldgerelateerde procedures hebben, kunnen net baat hebben bij de autonomie en controle van het zelf vasthouden van het masker. Geef het kind tips om het aangenamer/gemakkelijker te maken, zoals wegblazen van het luchtje of ademen door de mond in plaats van de neus zodat je minder ruikt. Het gebruik van een geurstift (waarbij het kind de regie krijgt over welke geur aangebracht wordt aan de binnenzijde van het masker) kan deels de geur van sevofluraan maskeren. Denk na over welke houding fijn kan zijn voor het kind: is dat bij de ouder op schoot, in bed, of op de operatietafel? Laat het kind – indien mogelijk – zelf kiezen. Ook op de operatietafel kan het een optie zijn om te blijven zitten.

De ervaring van een infuus in een verdoofde huid kan aangenamer zijn dan de geur van sevofluraan die op je gezicht gehouden wordt. Het kan daarom nuttig zijn aan alle kinderen voor te stellen voor een intraveneuze inductie te kiezen – wat gebruikelijker is in sommige ziekenhuizen. Dit kan minder traumatisch zijn, waarbij u de mogelijkheid behoudt om toch over te schakelen naar maskerinductie. Doe een maskerinductie eventueel eerst voor bij een knuffel. Laat hierbij het kind het masker vasthouden en laat bij voorkeur daarna het kind het masker zelf vasthouden. (Het kind ervaart autonomie als u vraagt of het dat zelf wil vasthouden of dat u dat zal doen.) Vermijd – tenzij de situatie zo het beste lijkt – dat de ouder het masker vasthoudt, dit behoort een veilige persoon te zijn. Bij intraveneuze inductie kunt u met een verlenglijn voor i.v.-toediening (ook wel perfusorlijntje genoemd) de medicatie langzaam toedienen (met de

spuit uit het zicht van het kind), terwijl het kind wordt afgeleid. Anticipeer op eventueel excitatiedelier met propofol en/of clonidine. Zorg voor een warme omgeving, zo nodig met behulp van een warmtematras of stralingswarmte.

Toch kan het kind ondanks perfecte voorbereidingen geheel overstuur op de operatiekamer arriveren. Overweeg of het echt noodzakelijk is om de procedure op dat moment door te zetten, want dat houdt wellicht in dat u dwang zou moeten gebruiken – we gaan in dit artikel niet in op het juridisch aspect daarvan. Is het mogelijk om het kind terug naar de voorbereidingsruimte te brengen? Komt het daar terug tot rust met afleiding en enkele knuffels van de ouder? Of is het noodzakelijk om (meer) premedicatie te geven? Kan de procedure ook op een andere dag plaatsvinden? Dit laatste zal wellicht tot verbazing van de behandelaar en ouders leiden, maar het is toch in het belang van het kind om een volgende keer met een frisse start en een andere voorbereiding in alle rust de procedure in te gaan.

Postoperatief

Zorg op de uitslaapkamer voor een rustige omgeving, eventueel met gedimd licht en/of een projector. Laat ouders bij het kind zijn zodra dat kan – vergeet niet dat zij zitten te popelen van ongeduld zodra ze van de chirurg gehoord hebben dat de procedure is afgerond. Heb aandacht voor adequate pijnstilling; vraag of het kind comfortabel is (beter dan de vraag of het pijn heeft). Bied een ijsje aan indien het kind niet misselijk is. Ga even langs op de verkoeverkamer en *reframe* de inleiding; vraag na hoe de ouder/het kind het vond gaan (mits het kind voldoende wakker is) en bekrachtig wat er goed ging. Voorbeelden zijn: 'Je vond het erg spannend, maar toch heb je de premedicatie goed ingenomen, zelf de EMLA eraf gehaald, je arm goed stilgehouden, het masker zelf vastgehouden, tot... geteld' (als dat was wat het kind wilde doen).

Documenteer wat er goed ging en wat eventueel voor de volgende keer het plan van aanpak wordt. Documenteer dwang en gedwongen fixatie tijdens de inleiding en waarom dit is gebruikt. Bespreek de situatie na met ouders en maak een plan voor de volgende keer.

Procedurele sedatie en analgesie (PSA)

Indien Marie een procedure zou moeten ondergaan waarbij PSA volstaat, blijven dezelfde aandachtspunten van toepassing. Ook wanneer het bijvoorbeeld gaat om een preoperatieve bloedafname kunnen dezelfde suggesties inzake afleiding en pijnstilling van toepassing zijn. Hierbij moet natuurlijk ook de vraag gesteld worden: kan de bloedafname ook tijdens de procedure (onder PSA of algehele anesthesie) plaatsvinden?

De richtlijn *Sedatie, Analgesie en niet-farmacologische interventies voor begeleiding van kinderen bij medische procedures* (2024) beschrijft hoe pijn, angst en stress bij niet-kritisch zieke kinderen systematisch kunnen worden verminderd. Comfortzorg wordt daarin expliciet benoemd als integraal onderdeel van alle fasen van de procedure: voorbereiding, uitvoering en nazorg. De richtlijn maakt onderscheid tussen analgesie (gericht op pijnbestrijding) en sedatie (gericht op comfort en angstvermindering) en benadrukt dat sedatie bij pijnlijke ingrepen altijd gecombineerd moet worden met adequate pijnstilling. Naast farmacologische interventies onderstreept de richtlijn het belang van niet-farmacologische maatregelen als wezenlijk onderdeel van procedurele comfortzorg, zoals hierboven reeds beschreven middels het 7P-model.
De richtlijn besteedt daarnaast expliciet aandacht aan de professionele competenties en verantwoordelijkheden van zorgverleners die sedatie toepassen.[15] PSA bij kinderen mag uitsluitend worden uitgevoerd door zorgverleners die hiervoor aantoonbaar zijn opgeleid en bekwaam verklaard, en die werken volgens vastgestelde lokale en landelijke PSA-protocollen. Afhankelijk van het sedatieniveau en het risicoprofiel van het kind kunnen verschillende typen zorgverleners betrokken zijn, waaronder kinderartsen, SEH-artsen, anesthesiologen, verpleegkundig specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen. Essentieel hierbij is dat de uitvoerend zorgverlener in staat is om sedatiediepte adequaat te monitoren en complicaties tijdig te herkennen en te behandelen.
Voor lichte vormen van sedatie en anxiolyse kan, mits voldaan wordt aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen, sedatie worden uitgevoerd door niet-anesthesiologische zorgverleners met specifieke PSA-training. Bij matige tot diepe sedatie, of wanneer sprake is van verhoogde risico's zoals jonge leeftijd, comorbiditeit of mogelijke luchtwegproblematiek, stelt de richtlijn zwaardere eisen aan de aanwezige expertise. In dergelijke situaties moet een professional beschikbaar zijn die aantoonbaar bekwaam is in geavanceerd luchtwegmanagement en het behandelen van respiratoire en cardiovasculaire complicaties, vaak een (kinder)anesthesioloog of gelijkwaardig geschoolde arts. Indien deze expertise niet beschikbaar is, dient te worden gekozen voor

algehele anesthesie of verwijzing naar een centrum met passende faciliteiten.

Deze gelaagde benadering van sedatiebevoegdheid benadrukt dat procedurele comfortzorg meer omvat dan het toedienen van medicatie alleen. Het vereist een multidisciplinaire samenwerking, duidelijke taakafspraken en voortdurende aandacht voor zowel technische veiligheid als psychosociaal welzijn van het kind. Daarmee biedt de richtlijn een kader waarin comfortzorg, sedatie en professionele verantwoordelijkheid onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

Casus (vervolg)

Marie werd fysiek gezien op een preoperatieve screening, waar ze samen met haar ouders en de (kinder)anesthesioloog naar een tekenfilmpje keek over algehele anesthesie. De anesthesioloog noteerde dat ze houdt van puppy's. Bij het tonen van een anesthesiemasker ontstond er veel onrust, waardoor er werd geopteerd voor een intraveneuze inductie. Op basis van deze indruk werd door de anesthesioloog aangevinkt dat er ondersteuning door MPZ nodig was. Op de dag van de procedure werd er bij binnenkomst meteen EMLA aangebracht en even later premedicatie toegediend. Op de afdeling kreeg Marie als ontwikkelingsgerichte taak de mogelijkheid om haar anesthesiemasker te versieren met stickers, iets waar ze eerst van schrok, maar daarna wel leuk vond. De MPZ leidde haar af met een bellenblaas in een rustige kamer, terwijl de verpleegkundige alvast echogeleid een infuus inbracht. Bij aankomst op de gedimde operatiekamer stond er reeds een filmpje over puppy's aan en bleef de MPZ met one voice in contact met Marie. De anesthesioloog sloot de medicatie aan op het infuus en ze viel zachtjes in slaap. De kinderarts had nog bedacht om bloed af te nemen, maar had gelukkig aan de anesthesioloog gevraagd om dit gedurende de algehele anesthesie te doen. Ze werd naast haar ouders vrolijk wakker op de verkoeverkamer, onder het licht van een beamer, bijvoorbeeld een Qwiek. up. De anesthesioloog kwam nog even langs en samen met ouders benadrukten ze hoe top Marie het had gedaan. In het verslag werd gesuggereerd om volgende keer hetzelfde beleid te hanteren.

Conclusie

Procedurele comfortzorg is een essentieel onderdeel van kwalitatief hoogstaande kindergeneeskunde. Door het 7P-model te gebruiken kunnen zorgverleners systematisch nadenken over wat een procedure betekent voor een kind en hoe angst, pijn en stress kunnen worden voorkomen. Vooral in het perioperatieve traject, waar veel indrukken samenkomen, maakt een plan op maat een groot verschil. Door tijdig voor te bereiden, helder te communiceren en samen te werken binnen de keten, maar ook met ouder en kind, ontstaat een veilige en voorspelbare ervaring die vertrouwen opbouwt. Zo blijft de zorg niet alleen medisch effectief, maar ook menselijk, respectvol en toekomstgericht.
Dit artikel is expliciet een oproep naar alle zorgverleners die kinderen behandelen of begeleiden: procedurele comfortzorg voor kinderen is geen optie, maar een noodzaak. Ga als anesthesioloog of intensivist na hoe een perioperatief traject of opname verloopt, hoe dit past binnen de belevingswereld van het kind en hoe de zorg comfortabeler zou kunnen worden. Het slagen van de procedure is net zo belangrijk als hoe de procedure uitgevoerd en beleefd wordt. Dit heeft een positief effect op de ervaring van dat moment, maar ook voor alle toekomstige ervaringen in de zorg. De extra tijd en energie die u hierin steekt bij iedere ontmoeting is een investering op de korte en lange termijn.
Ook voor ons als zorgverleners is een positieve ervaring waarbij zo min mogelijk angst en paniek bij het kind en ouders bestaan een prettige ervaring. Treed in contact met andere zorgverleners binnen uw instelling (SEH, anesthesiologie, kinderafdeling, MPZ en alle mogelijke behandelaars) en bespreek hoe u de meest comfortabele zorg kunt bereiken, onafhankelijk van de afdeling/poli/SEH waar het kind behandeld wordt. Begin klein, start met kleine uitdagingen en leer van uw fouten en onhandigheden. Richt een groep op waarbinnen iedereen laagdrempelig gevonden en aangesproken kan worden en waar uitdagende casuïstiek besproken kan worden.

Literatuur

3. McMurtry CM, Pillai Riddell R, Taddio A, et al. Far From 'Just a Poke': Common painful needle procedures and the development of needle fear. Clin J Pain. 2015;31(Suppl 10):S3-11.
4. Krauss BA, Leroy PL, Krauss BS. Establishing trust with children. Eur J Pediatr. 2024;183:4185-4193.

Log voor de volledige literatuurlijst in op www.prelumacademy.nl.

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp. De auteurs zijn onderdeel van of betrokken bij de faculty van het PROSA-kenniscentrum (www.prosanetwork.com).