

Omgaan met angst en pijn bij kinderen die een medische ingreep moeten ondergaan

CHIQUEIT VAN LINDEN VAN DEN HEUVELL
MARJOLIJN HUGENHOLTZ

Van Linden van den Heuvel Ch, Hugenholtz M. Omgaan met angst en pijn bij kinderen die een medische ingreep moeten ondergaan. Huisarts Wet 1997; 40(13): 656-60.

Samenvatting In dit artikel worden richtlijnen gegeven die huisartsen kunnen gebruiken om angst en pijn van kinderen tijdens een medische ingreep te verminderen. De kern van de richtlijnen bestaat uit het aanbieden van een gevoel van controle aan het kind. Er zijn twee – op het oog tegenstrijdige – manieren om dit te bereiken. In de eerste plaats kan men het kind meer invloed geven, enerzijds door het aanleren van stressreducerende technieken, anderzijds door het inspraak te geven in het verloop van de procedure. In de tweede plaats kan men de leiding van het kind overnemen, daarmee zijn angst ongemoeid latend. De tweede optie is zinvol bij kinderen die bang zijn doordat er te veel van hen wordt gevraagd: kinderen die juist geen verantwoordelijkheid in de procedure willen dragen. Deze kinderen willen 'klein zijn' en iemand bij zich hebben die er voor zorgt dat de situatie goed verloopt. Door deze wens te honoreren kan men ook deze kinderen een gevoel van controle geven. Het is aan de arts om in te schatten of de ene, dan wel de andere methode in een concrete situatie het meest effectief lijkt.

Mw.dr. Ch. van Linden van den Heuvel, klinisch psycholoog, Academisch Ziekenhuis Groningen en Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten; mw. M. Hugenholtz, huisarts, Gezondheidscentrum Bovenmaat, Huizen. Correspondentie: mw.dr. C. van Linden van den Heuvel, Dienst Medische Psychologie, AZG, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Inleiding

Huisartsen scheppen er plezier in andere mensen te genezen. Daar maken sommigen gebruik van. Zij keren verbeterd huiswaarts en geven de arts het gevoel het goede vak te hebben gekozen. Anderen lijken van hun klachten hun hobby te maken en combineren veelvuldig huisartsbezoek met hun vertrouwde, maar ongezonde manier van leven. Hoewel zij geen bron van motivatie vormen, staan zij de praktische uitvoering van het vak niet in de weg. Integendeel, deze mensen zijn gaarne bereid hun arm voor een bloeddrukmeting te ontbloten en weten ook een extra venapunctie te waarderen. Sommige patiënten echter aarzelen niet de arts openlijk tegen te werken. Zonder zelfs maar een schijn van dankbaarheid op te houden, zien zij in de aanblik van de *medicus practicus* soms al voldoende aanleiding om over te gaan tot huilen en tegenspartelen.

Dit artikel geeft richtlijnen voor huisartsen om deze mensen – kinderen tussen de 2 en 8 jaar – een handje te helpen.

Ter oriëntatie beginnen we met een stukje theorie. Hierin komt aan de orde welke factoren spanning verhogen, en welke factoren op grond daarvan geacht worden spanning te verminderen. Een theorie houdt echter geen rekening met praktische uitvoerbaarheid, tijdsdruk en beschikbaarheid van de patiënt. Factoren die theoretisch gesproken spanning verminderen, zullen niet zonder meer in praktijk kunnen worden gebracht. Daarom worden vervolgens enkele suggesties gedaan voor de wijze waarop de huisarts – met de beschreven theorie in het achterhoofd – stressreductie in de praktijk zou kunnen toepassen.

De theorie

Onze capaciteit om prikkels te verwerken is beperkt. Afleiding werkt pijnverminderend: wanneer we tijdens een pijnlijke ingreep kans zien onze aandacht in beslag te laten nemen door iets anders, zal er minder capaciteit resteren om pijn te voelen.¹ Naast de prik zelf heeft ook de angst voor de naald invloed op de pijn die iemand

voelt.² Iemand die bang is voor een prik, zal met meer gespannen aandacht volgen wat er allemaal gaat gebeuren, en zal zijn spieren krampachtiger houden. Hierdoor zal de prik pijnlijker zijn. Hoe rustiger iemand is, des te minder pijn hij zal voelen. Stressreductie komt in dit opzicht neer op pijnbestrijding.

Wat helpt iemand om zijn spanning te verminderen? De kern van stressreductie is een zeker gevoel van controle over de stressverwekkende situatie.³ Vier factoren kunnen in het algemeen leiden tot een groter gevoel van controle: voorspelbaarheid, stressreductietechnieken, het zien van een voorbeeld en alternatieve vormen tot controle.⁴

Voorspelbaarheid Als je niet weet wat je te wachten staat, weet je ook niet of je de situatie aankunt. Informatie over de feitelijke gang van zaken en over de gewaarwordingen die je kunt verwachten, maken het mogelijk een inschatting van 'het gevaar' te maken. Vooral het goed inschatten van pijn is belangrijk. Onderschatting van pijn blijkt te leiden tot een hardnekkige overschatting in volgende situaties.⁵ Een behandelaar die de patiënt overhaalt om mee te werken op grond van een te positieve voorstelling van zaken, heeft één keer profijt van deze strategie; daarna zal blijken dat men zichzelf of zijn collega's in de vingers heeft gesneden.

Stressreductietechnieken Als je eenmaal weet wat 'het gevaar' inhoudt, kun je tot de ontdekking komen dat je niet de middelen in huis hebt om die situatie te doorstaan. Het aanleren van stressreductietechnieken stelt iemand in staat zich aan te passen aan de bedreigende situatie. Zo kan worden voorkomen dat iemand alleen maar bang wordt van de informatie die hij te horen krijgt. Een bijbehorende stap is die persoon te leren hoe hij zich zo goed mogelijk door die situatie heen kan slaan. Een mogelijkheid hiertoe is leren ontspannen en leren de aandacht af te leiden van de ingreep.

Zien van een voorbeeld Het blijkt dat mensen meer vertrouwen in hun eigen kunnen krijgen als ze getuige kunnen zijn (in het echt of via een video of een boekje) van iemand die net zo gespannen is als zij,

maar zich toch door de betreffende situatie heenslaat. Tegelijkertijd krijg je als getuige een beeld van hoe de situatie ongeveer zal verlopen.

Controle-instructie Bij een medische ingreep, wordt de patiënt de mogelijkheid ontnomen om van die ingreep af te zien, maar hij kan wel via andere beslissingen een zeker gevoel van controle over de situatie krijgen. Zo kan men vragen: 'In welke arm wil je geprikt worden?' of 'Geef je een seintje als je klaar bent voor de prik?' of 'Wil je dat je moeder je arm vasthoudt?'

Kleine kinderen zijn ontvankelijker voor pijn en ervaren pijn heftiger dan oudere kinderen en volwassenen.⁶⁻⁸ Jonge kinderen zijn geneigd de dingen die om hen heen gebeuren, op zichzelf te betrekken. Pijn zullen zij bijvoorbeeld niet gemakkelijk zien als iets dat nodig is om beter te worden, maar eerder als straf voor iets dat zij blijkbaar fout hebben gedaan, hoewel zij zich van geen kwaad bewust zijn. Pijn vormt zodoende een bron van angst. Een leeftijdsadequate reactie hierop bestaat uit huilen, schreeuwen en fysieke weerstand.^{6,9} Het tegenspartelen noodzaakt 'omstanders' het kind vast te houden. Juist op deze leeftijd verzetten kinderen zich echter heftig tegen aantasting van de autonomie, die zij nog maar net verworven hebben. Het gevolg is dat zij nog krachtiger zullen tegenspartelen. Positieve bekrachtiging van coöperatief gedrag vormt een soepele manier om het kind toch de gewenste kant op te sturen.

Daarnaast zijn jonge kinderen nog in sterke mate zintuiglijk gericht. Dit leidt ertoe dat zij sensorische prikkels, zoals de geur in de behandelkamer, de toon van de stem van de arts of een hand om hun pols, zeer nadrukkelijk ervaren. Een positieve non-verbale houding zal om dezelfde reden veel indruk maken, en kan kinderen helpen in te zien dat van straf geen sprake is.

De praktijk

In de huisartspraktijk ontbreekt de gelegenheid om kinderen op een rustig mo-

ment stressreducerende technieken aan te leren. Veel kinderen zullen, bang als zij zijn voor de naderende ingreep, niet bereid zijn allerlei 'trucjes' te leren; hun aandacht wordt volledig in beslag genomen door de angst voor de ingreep.

Hoe kunnen deze kinderen toch zo goed mogelijk door een medische procedure heengeholpen worden? Hoe kun je een kind voorbereiden als je geen tijd hebt voor voorbereiding?

De kern van 'stressreductie in de huisartspraktijk' bestaat eruit het kind een gevoel van *controle* te geven. Dit is echter niet eenvoudig. Sommige kinderen krijgen te veel controle, andere te weinig. Wanneer het één en wanneer het ander aan de orde is, zal men als behandelaar met de eigen klinische blik moeten inschatten; daar zijn geen criteria voor te geven.

Voor ouders is het een bron van stress als hun kind ziek is. Zij willen graag iets doen, maar staan machteloos. De tranen van het kind betekenen een confrontatie voor de ouders met hun machteloosheid. Hoe meer het kind van streek is, des te sterker voelen de ouders zich bezwaard over wat zij hun kind aandoen.

Het wegpoozen van de tranen kan zodoende twee functies hebben: enerzijds simpelweg het kind geruststellen, anderzijds zorgen dat de eigen wanhoop beperkt blijft. Feitelijk zeggen de ouders daarbij aan het kind: 'Je zou het me gemakkelijker maken door niet zo te huilen'. Op deze manier wordt het kind, ongemerkt en zeker ook ongewild, belast met de wensen van de ouders, op een moment dat het bij uitstek behoefte heeft aan mensen op wie het kan leunen. Het kind is daarmee 'de baas' in de situatie en het voelt de druk om die situatie meester te blijven. Het is dit verborgen dilemma dat bij veel kinderen de basis vormt van hun verzet tegen een medische ingreep.

Voor de hulpverlener is van belang allereerst te beseffen dat dit punt *kán* spelen, en ten tweede te overwegen of het misschien aan de orde is in een concrete situatie. De aandacht zou in dat geval met name moeten uitgaan naar de ouders, om hun spanning zozeer te verminderen dat zij in

staat zijn hun kind te steunen zonder bijbedoelingen.

Wat te doen met een huilend kind? Troosten kan de boodschap inhouden: je moet rustiger worden, het is niet goed zoals je nu doet. Het is zinvol zich van tevoren te realiseren hoe pijnlijk de ingreep zal zijn. Is de ingreep pijnlijk, dan is het immers reëel dat het kind huilt en behoeft er geen energie gestoken te worden in het wegpraten van de tranen. Het enige dat teruggedrongen moet worden, is fysiek verzet, omdat dit een goed verloop van de ingreep in gevaar brengt. Maar juist in een spannende situatie is het bedreigend om het idee te hebben dat je iets niet goed doet. Horen dat je het goed doet, of dat het oké is dat je huilt, kalmeert en geeft een gevoel van grip op de situatie.

In dit kader kan het zinvol zijn non-coöperatief gedrag van een kind te sturen via geruststelling ten aanzien van het ongewenste gedrag en beloning van gewenst gedrag. Bijvoorbeeld door tegen het kind te zeggen: 'Als het jou lukt om goed stil te zitten, mag je een sticker uitzoeken. Als het niet lukt, geeft dat niets; het is ook heel moeilijk, dan probeer je gewoon volgende keer weer om een sticker te verdienen'.

Aan de hand van verschillende casussen zullen wij schetsen welke problematiek kan ontstaan wanneer 'het gevoel van controle' op de verkeerde manier vorm krijgt. Vervolgens doen wij een aantal suggesties om daarmee om te gaan.

Anja

Anja is 3 jaar en komt met haar moeder op het consultatiebureau voor kleuters. De huisarts weet uit ervaring dat Anja zich moeilijk laat onderzoeken en altijd luid protesteert. Anja gaat bij haar moeder op schoot zitten, en houdt van daaruit de huisarts in de gaten. Die begint een praatje met haar moeder, stelt Anja vervolgens een vraagje, maar krijgt geen antwoord. Anja wil wel spelen met het aangereikte speelgoed, maar alleen als haar moeder ook meedoet. Als Anja een paar minuten rustig heeft gespeeld en het gesprek met moeder

is afgerond, doet de huisarts een nieuwe poging het onderzoek te beginnen. Zodra Anja echter de stethoscoop ziet, barst er een oorverdovend gehuil los. De huisarts besluit haar pogingen maar te staken, ook omdat de anamnese geen bijzonderheden heeft opgeleverd. Even later verlaat Anja nog nasnikkend het consultatiebureau.

Een 3-jarig meisje zet het op een schreeuwen, zodra ze onderzocht moet worden. Er zijn geen klachten. Het onderzoek is in het kader van consultatiebureaubezoek. In dit geval kan het onderzoek niet, zoals bij een prik, doorgaan met schreeuwen en al. Het kind moet stil zijn om beluisterd te kunnen worden.

Er zijn twee kanten aan deze casus. Enerzijds is het onderzoek in dit geval, gezien de anamnese, niet beslist nodig en kan er zonder bezwaar van worden afgezien. Anderzijds zal het kind vaker onderzocht moeten worden en bijsturing van het gedrag is dan ook op termijn gewenst. Het kind heeft een geschiedenis van verzet tegen onderzoek, en de moeder is er in het verleden blijkaar niet in geslaagd haar kind gerust te stellen. Wat zegt dit over de moeder? Net als de arts zal ook zij verwachten dat een volgende onderzoek wel weer moeilijkheden zal opleveren.

Het is kortom een situatie waarin twee volwassenen gespannen afwachten wanneer de hel zal losbarsten. Het kind lijkt de bestuurder van deze situatie, zonder natuurlijk deze verantwoordelijkheid te kunnen dragen. De huisarts pakte het goed aan door Anja met rust te laten toen zij merkte dat het kind argwanend was. Ook was het een goed besluit het kind te laten gaan zonder onderzoek, en de zaak niet onnodig op de spits te drijven.

Met het oog op de toekomst zou de huisarts bij de eerste tekenen van verzet niet het kind, maar de moeder kunnen gaan onderzoeken. Het streven zou daarbij zijn om het kind op zijn minst rustiger te krijgen voor het weggaat. Belangrijk is gespitst te zijn op mogelijkheden om het kind bij het onderzoek te betrekken. Als de moeder moet zuchten, kan men vragen of ze samen willen zuchten. Weigert het kind, dan kan het consult beter worden afgesloten. Is het gevoelig voor een dergelijke

stapsgewijze aanpak, dan kan geprobeerd worden het onderzoek te vervolgen.

Van een variant op dit thema is sprake bij kinderen die voortdurend wisselen in hun wensen. Zij wekken de indruk bijzonder veel controle te willen, maar kunnen deze feitelijk niet aan. Onderhandelingen over de juiste arm of het juiste moment leiden dan slechts tot het rekken van de procedure. Efficiënter is het om te herkennen dat deze kinderen overvraagd worden, hen te steunen in hun onvermogen en in dat kader de beslissingen van hem over te nemen ('Ik zie dat het te moeilijk voor je is om te zeggen waar en wanneer ze moeten prikken; dat geeft niets, ik doe dat wel voor je, dan zorg ik dat het goed gaat voor jou').

Paul

Paul is 2 jaar en komt met zijn ouders op het spreekuur. Een week geleden is hij door de uroloog geopereerd aan een niet-ingedaalde testikel. Nu moeten de hechttingen worden verwijderd. Zodra moeder een begin maakt met het uittrekken van broek en luier, begint het jongetje luidkeels te huilen en te trappelen. Het lukt zijn ouders niet hem tot bedaren te brengen. Uiteindelijk wordt de assistente erbij geroepen. Met z'n drieën houden ze de luid huilende en tegenstribbelende Paul vast, terwijl de huisarts met veel moeite de hechttingen verwijderd.

Paul is 2 jaar, een leeftijd waarop hij nog niet aanspreekbaar is. Het jongetje is groot genoeg om te vrezen dat hem iets naars gaat overkomen en te klein om gevoelig te zijn voor in het vooruitzicht gestelde beloningen. Er staan drie volwassenen om hem heen, en hij moet iets pijnlijks ondergaan bij het gevoeligste deel van zijn lichaam. Het is een logische reactie dat hij zich doodvecht om daaraan te ontkomen, veel natuurlijker dan dat hij zou meewerken. In een situatie als deze is het enige haalbare: de houdgreep gecombineerd met veel empathie jegens het jongetje. Het vastpakken kan men benoemen als 'je helpen om goed stil te liggen' en men kan begrip tonen voor het feit dat hij zich verzet.

Lotte

Lotte is 4 jaar. Ze is met haar voet tussen de spaken van haar moeders fiets gekomen. Een paar weken lang moet zij drie keer in de week op de praktijk haar voet opnieuw laten verbinden. Zodra moeder haar op de behandelbank zet en de assistente het verband gaat afwikkelen, wordt Lotte bang en begint ze hard te huilen. Pogingen om haar af te leiden met een praatje hebben geen succes. Ook wanneer moeder haar voorleest uit een boekje, gaat het huilen door. Pas als Lotte van de tafel afmag met haar schone verband, wordt ze weer stil. Ondanks de vrolijke sticker of de kleurplaat die ze na afloop krijgt, huilt ze de volgende keer weer.

Een 4-jarig meisje krijgt paar keer per week een nieuw verband om haar voet. Ze wordt daarbij angstig en gaat hard huilen tijdens de procedure. Ze pleegt echter geen fysiek verzet. Alle reden dus om Lotte te complimenteren met haar medewerking! De poging haar af te leiden kan haar het gevoel geven dat ze 'het niet goed doet'. Mogelijk laten de volwassenen dit tijdens het wisselen van het verband ook doorschemeren: 'Waarom moet je nou zo huilen, het doet immers geen pijn?' Misschien huilt Lotte wel mede omdat ze het gevoel krijgt dat ze het niet goed doet. Juist in een spannende, pijnlijke situatie is het bedreigend om te merken dat je het niet goed doet, en gaat er geruststelling van uit wanneer je de indruk krijgt dat je er wel goed doorheen slaat.

Bij sommige kinderen neemt het huilen de vorm aan van *paniek*. Paniek ter plekke kan moeilijk verminderd worden. Het probleem is dat een kind niet meer hoort wat je zegt. Als de ingreep beslist op dat moment moet doorgaan, is het enige dat rest lief zijn voor het kind. Beter is de ingreep uit te stellen en te inventariseren hoe de paniek een volgende keer kan worden voorkomen.

Luís

Luís is bijna 4 jaar, en komt met zijn moeder en tante op het spreekuur. Zijn moeder spreekt slecht Nederlands en heeft haar

zus meegenomen om het woord te doen. Luís heeft een dag geleden met een koekje in zijn oog geprikt en heeft sindsdien een pijnlijk rood oog. Vannacht heeft hij er zelfs slecht door geslapen. Met z'n allen gaan ze naar de behandelkamer, waar Luís vast op de behandelbank gaat zitten. De huisarts legt uit hem uit dat ze zijn oog even wil verdoven met een druppeltje, zodat ze er beter in kan kijken, en dat het druppeltje éven prikt, maar daarna geen pijn meer doet. Zodra Luís het woord 'prikt' hoort, begint hij hard te huilen en maakt hij verdere behandeling onmogelijk. Nadere uitleg van zijn moeder en tante kan hem niet kalmeren. Onverrichterzake vertrekt het drietal weer naar huis.

De huisarts probeert Luís netjes voor te bereiden op wat er komen gaat. Daarmee ontstaat de situatie dat een klein kind, dat door de pijn niet in zijn beste doen is, te horen krijgt dat hij nog meer pijn gaat voelen. De combinatie oog-prikken ligt natuurlijk extra gevoelig, gevoeliger dan bijvoorbeeld bovenbeen en prikken. Impliciet wordt verwacht dat het kind vervolgens zo verstandig zal zijn de dokter 'het hoofd te bieden', onder het motto: wat moet, dat moet. Het zou inderdaad heel verstandig zijn van Luís om iets naars te ondergaan vanuit het idee dat hij er in tweede instantie beter van wordt. Maar kan je dat van een kind van 4 verwachten? De praktijk wijst uit van niet.

Onze suggestie zou zijn om de procedure te splitsen in twee consulten. In het eerste consult vertel je het kind dat je nog niets gaat doen, alleen maar zal vertellen wat er gaat gebeuren. Het is belangrijk bij het geven van bedreigende informatie tegelijkertijd suggesties te doen hoe iemand zich daar doorheen kan slaan. In dit geval zou het goed zijn het kind een idee te geven hoeveel pijn het gaat doen, door te refereren aan een gevoel dat hij kent uit het dagelijks leven (bijvoorbeeld: heb je je wel eens geprikt aan een brandnetel? Zoveel voel je ook van de druppeltjes die ik morgen in je oog doe.) Vervolgens zou je kunnen vertellen dat het minder prikt als hij zijn moeder of tante heel hard in de hand knijpt: 'Kun je dat wel? Laat maar eens zien. Goed zo!'

Jos

Jos is 7 jaar en komt samen met zijn moeder binnenlopen tijdens het griepvaccinatiesprekkuur van het gezondheidscentrum. Als hij de huisarts met de injectiespuut ziet, blijft hij plotseling staan. Hij weigert zijn mouw omhoog te doen en de kamer verder in te gaan, ondanks aandringen van zijn moeder. 'Ik dacht dat zijn eigen huisarts de prik zou geven', zegt zijn moeder. 'Daar had ik hem helemaal op voorbereid'. Een gesprekje met Jos in een rustig kamertje apart heeft geen succes. Hij blijft weigeren. Zijn moeder besluit uiteindelijk zonder griepvaccinatie te vertrekken.

Moeder heeft Jos blijkbaar verteld wat hem te wachten stond. Onder die condities is hij megekomen naar het gezondheidscentrum. Plotseling dreigt de situatie anders te verlopen. Het kind is daarmee zijn controle kwijt en haakt af. Een mogelijkheid is om inderdaad rechtsomkeert te maken en pas terug te komen als de eigen huisarts kan vaccineren. De prik heeft immers geen haast.

Een andere mogelijkheid zou ook geprobeerd kunnen worden: Jos was immers oorspronkelijk tot medewerking bereid, mits alles zou gaan zoals hij het zich had voorgesteld. Het gaat er in een dergelijke situatie om dat het kind opnieuw een gevoel van controle krijgt. Dat kan door hem ruimte te geven om zelf te beslissen, én een mogelijkheid te bieden om de prik beter te doorstaan: 'Als jij niet door mij geprikt wil worden, dan doen we dat niet. Maar ik weet iets waardoor je het misschien wel durft. Als je gaat zitten, zal ik het je vertellen; als je het dan toch niet wilt, kom je morgen weer en dan prikt dokter X jou, goed? Als we nou eens afspreken dat ik steeds een héél klein stapje verder ga, en dat jij steeds mag zeggen of je dat goed vindt. Als jij zegt 'stop', dan stop ik, en dan kom je morgen terug. Laten we afspreken dat jij steeds mag zeggen of ik een stapje verder mag gaan. Zodra je zegt dat ik moet stoppen, dan stop ik, dat beloof ik je. Wie weet lukt het je wel om er vandaag vanaf te zijn. Durf je je mouw omhoog te doen? Als je daarna niet verder wilt, stoppen we. Goed zo. Ik wil nu je arm vasthouden, met

de naald erboven, zonder te prikken. Is dat goed?' Etcetera.

Als het kind daar niet voor voelt, kan het beste een nieuwe afspraak worden gemaakt.

Wat te doen met de ouders?

Zieke kinderen zijn kleiner en kwetsbaarder dan anders, zoals ook volwassenen labiel en kinderlijker kunnen zijn tijdens hun ziekte. Dit heeft gevolgen voor het niveau waarop de kinderen zijn aan te spreken, en voor de reacties die je van hen mag verwachten. Ook de ouders zullen echter minder 'verstandig' reageren dan zij gewoonlijk doen: zij zullen meer geruststelling nodig hebben, uitleg minder goed in zich opnemen en proberen het kind ervan te overtuigen dat ze aan zijn kant staan. Dit kan ten koste gaan van de positie van de dokter: 'De dokter gaat jou even pijn doen.' Soms wordt er zelfs bedreigd: 'Anders wordt de dokter boos op jou hoor!'

Zoals ouders voor hun kind een bron van steun dienen te zijn, zo heeft de huisarts de taak om niet alleen het kind *maar ook de ouders* te steunen en een gevoel van controle te geven. Zo kan het zinvol zijn bij bepaalde ingrepen met name de ouders voor te bereiden: vertellen wat hen te wachten staat en vertellen op welke manier zij hun kind het beste kunnen steunen.

Beschouwing

Stressreductie bij medische ingrepen heeft twee aspecten. Eén: zorgen voor een leeftijdsadequate rolverdeling. Het kind moet werkelijk 'kind' zijn, en niet degene die de situatie moet dragen door bijvoorbeeld zijn emoties in bedwang te houden. Twee: uitvinden wat dit kind een gevoel van controle geeft. In veel gevallen houdt dit in: informatie geven, een voorbeeld laten zien, trucjes leren en een zekere beslissingsruimte geven. Maar soms houdt het in: begrip tonen voor het verzet van het kind en nadrukkelijk het kind steunen door de leiding van hem over te nemen. Wanneer het één aan de orde is, en wanneer het ander, zal men als behandelaar per

situatie zelf moeten inschatten, in de wetenschap dat deze tweedeling bestaat.

Veel problemen bij pijnlijke ingrepen komen voort uit onvoldoende besef van bovenstaande verschillen. Sommige kinderen krijgen te veel controle aangereikt, andere te weinig. Sommige kinderen worden onvoldoende 'als kind' behandeld, anderen worden te zeer 'als volwassene' behandeld. 'Troosten' kan soms in werkelijkheid betekenen: 'Stop met huilen, anders kan ik het niet aan'; daarmee gaat de volwassene feitelijk op zijn knieën voor het kind liggen. Soms kan de arts daarom beter zijn aandacht niet op het kind, maar op de ouders richten, om hun in staat te stellen werkelijk ouder voor hun kind te zijn.

Controle geven kan escaleren in: het kind vragen, uit eigen beweging zijn hoofd op het hakblok te leggen. Het is echter aan de ouders om, uitgaande van een andere beeldspraak, hun kind te helpen het hoofd neer te leggen. Velen vinden dit moeilijk en zoeken steun. De huisarts kan die steun geven. Geconfronteerd met het probleem

'hoe geef je deze ouders vertrouwen in de situatie?' helpt hij sommigen door hen te vertellen hoe zij hun kind kunnen steunen, anderen, die hun verantwoordelijkheid (eventjes) niet aankunnen, door voortvarend en vriendelijk de leiding van hen over te nemen.

En als de arts dit niet aankan en zelf even op iemand wil leunen? Dan zijn de auteurs bereid om te zeggen: 'Het is ook moeilijk. Als u het volgende keer weer probeert, heeft u toch het goede vak gekozen'.

Literatuur

- 1 McCaul KD, Malott JM. Distraction and coping with pain. *Psychological Bulletin* 1984; 95: 516-33.
- 2 Weisenberg M, Aviram O, Wolf W, Raphaeli N. Relevant and irrelevant anxiety in reaction to pain. *Pain* 1984; 18: 371-84.
- 3 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal

and coping. New York: Springer, 1994.

- 4 Van Linden van den Heuvel GFEC. Voorbereiding op medische ingrepen – Ontwikkeling en evaluatie van een stressmanagement training voor kinderen in het ziekenhuis die vaak geprikt worden. [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit, 1994.
- 5 Rachman S, Arntz A. The overprediction and underprediction of pain. *Clinical Psychology Review* 1991; 11: 339-55.
- 6 Jay SM, Ozolins M, Elliott CH, Caldwell S. Assessment of children's distress during painful medical procedures. *Health Psychology* 1983; 2: 133-48.
- 7 Huijter-Abu Saad H. Pijn: een theoretische analyse. *Verpleegkunde* 1987; 2: 71-81.
- 8 Humphrey GB, Boon CMJ, Van Linden van den Heuvel GFEC, Van de Wiel HBM. The occurrence of high levels of acute behavioral distress in children and adolescents during routine venipunctures. *Pediatrics* 1992; 90: 87-91.
- 9 LeBaron S, Zeltzer L. Assessment of acute pain and anxiety in children and adolescents by self-reports, observer reports, and a behavioral checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984; 52: 729-38.

Abstract

Habets PCM, Lock AJ. Influenza immunization: intramuscular or intradermal? Huisarts Wet 1997; 40(13): 649-51.

In this article the effectiveness of intramuscular versus intradermal immunization against influenza has been investigated. The research group consisted of two groups of patients, both a comparable cross-section of the community belonging to the high-risk population of a general practice with two GPs. The research took place during the 1995/96 influenza period. Feedback

from the selected subjects was 95 per cent. Over 80 per cent took part in the research (n=440). The research comprised a list of common and topical side-effects in both groups as well as the number of influenzalike diseases. Within the research period there was a six week period of epidemic influenza. Patients kept an 'influenza diary' and thus reported episodes of influenza during the period that was investigated. The extent of protection of the intramuscular immunization method proved to be equal to

the intradermal method. The number of side-effects in the intradermal group was smaller than in the intramuscularly vaccinated group. The idea to set aside intradermal immunization only for times of scarcity of vaccine seems to be an underestimation of this immunization method. **Keywords** Family practice; Influenza; Side-effects; Vaccination.

Correspondence P.C.M. Habets MD, Baron Bentinckstraat 67, 7731 EK Ommen, The Netherlands.