



Protocol kindvriendelijk ziekenhuis dienst 500 Inkendaal

Het *Charter van het gehospitaliseerde kind*
van de European Association for Children in Hospital

26 mei 2009

Goedgekeurd door de Raad van Bestuur Inkendaal – K.I. vzw 06.10.2009

1.

Kinderen worden niet in een ziekenhuis opgenomen als de zorg die zij nodig hebben thuis, in dagbehandeling of poliklinisch kan worden verleend.

(ARTIKEL 1)

1.1 Opname- en ontslagcriteria

1.1.1 Inleiding

De kinderen die op de afdeling 500 (reva-ped) komen, zijn de kinderen die omwille van hun zware chronische psychomotore toestand, zoals een meervoudige handicap, multi-systeem aandoeningen met onder andere neurologische, metabole, orthopedische en/of musculaire uitval en die niet meer terecht kunnen binnen een pediatrisch ziekenhuis dan wel binnen een

partiële daghospitalisatie. Dit omwille van de chroniciteit, specificiteit en de complexiteit van de zorg. Deze kinderen passen binnen ons specifieke zorgaanbod en/of referentiecentra (NMRC, AOT/CMV, RCA,CP,NAH,.....).

Verder zijn de kinderen die komen op de partiële daghospitalisatie/revalidatie kinderen die onder andere omwille van bovenvermelde redenen niet terecht kunnen binnen een ambulante setting zoals ambulante revalidatie of aangepaste opvang zoals onder andere een medisch pedagogisch instituut.

Een lijst van aandoeningen zou een limitatief karakter hebben gezien de pathologiën die hier een specifieke Multi-disciplinaire behandeling krijgen zeer uiteenlopend zijn.

1.1.1.2 Doelgroep dienst "reva-ped" :

Mogen worden omschreven als chronische **neurologische** pathologiën, of hieraan verbonden **acute opstoten**, die specifieke Multi-disciplinaire en of specifieke intensieve Multi-disciplinaire behandeling vereisen (E-dienst).

1.1.1.3 Wie kunnen op de kinderafdeling verblijven:

- kinderen met een handicap waardoor ze de mentale leeftijd van 16 jaar niet hebben bereikt
- kinderen ouder dan 15 of volwassenen die omwille van de chronische kinderziekte of ziekte die in de kinderjaren startte en omwille van de continuïteit van de zeer specifieke zorg en op eigen verzoek op de dienst wensen te verblijven.

1.1.2 Verblijf

1.1.2.1 Dagopnamen

Hiervoor verwijst ik naar de al bestaande specifieke regeling rond de partiële daghospitalisatie en de referentiecentra.

1.1.3 Ontslag

Elke patiënt heeft zijn eigen specifieke ontslagregeling in kader van zijn zorgvraag en revalidatienood.

We streven bij kinderen altijd naar een zo kort mogelijke 24/24 uur hospitalisatie en een zo vlug mogelijke sociale en familiale omkadering en mogelijkheid tot thuiszorg.

2.

***Kinderen hebben het recht hun ouders of vertrouwenspersoon altijd bij zich te hebben.
(ARTIKEL 2)***

Een ziekenhuisopname is op zich een zeer ingrijpende gebeurtenis. Enerzijds wordt het kind plots onttrokken uit zijn vertrouwde omgeving. Anderzijds voelt het zich ziek waardoor omgevingsprikkels als extra bedreigend worden ervaren.

De continue aanwezigheid van één van beide ouders zowel overdag als 's nachts heeft een geruststellende invloed op de gemoedstoestand van het kind.

Dit tracht men te bewerkstellingen door middel van:

- aanwezigheid van de ouders bij alle ingrijpende gebeurtenissen
- kamer ouder-kind of bij slaap
- onbeperkte toegankelijkheid van de afdeling voor ouders.
- mogelijkheid tot gebruik van therapeutisch appartement om een vlotte overgang naar thuissituatie te bewerkstelligen.

2.1 Aanwezigheid bij alle ingrijpende gebeurtenissen

De ouders mogen het kind begeleiden bij:

- onderzoeken
- verpleegtechnische handelingen, bvb. bloedafname, plaatsen van een infuus, ...
-

2.2 Mee overnachten van de ouder

Ongeacht de keuze voor een kamer krijgt 1 ouder de gelegenheid om bij het eigen kind te overnachten.

2.3 Bezoek

Voor de ouders is er onbeperkt bezoek. In geval men niet bij zijn kind overnacht, kan men op elk moment op de dienst 500 terecht

Bezoekers (geen leeftijdsgrens) zijn welkom tijdens de bezoeken

3.

Ouders worden geholpen en gestimuleerd om bij het kind te blijven en deel te nemen aan de zorg voor het kind.

(ARTIKEL 3)

Net zoals de continue aanwezigheid van de ouder speelt de ouderparticipatie ook een belangrijke rol bij het herstel van het kind. De ouderparticipatie wordt bevorderd door:

- deelname aan de verzorging
- kamer ouder-kind

- verblijf overdag in therapeutisch appartement waarbij de zorg volledig aan de ouders wordt overgelaten doch nog steeds in de nabijheid van verplegend personeel.

Indien de ouder niet bij zijn/haar kind kan overnachten, kan er altijd telefonisch contact met de dienst 500 opgenomen worden. (tel. 02-531 52 50)

3.1 Deelname aan de verzorging

Ouders krijgen de mogelijkheid om in te staan voor de dagelijkse zorg aan hun kind, zoals wassen, verschonen, voeden, temperatuur name, aërosoltoediening, aspiratie, percussie, cough assist, beademing, verder: vertellen, knuffelen, informatie geven, enz.

3.2 Mee overnachten van de ouder

Dit kan op twee manieren:

- *kamer ouder en kind*: wordt aangeboden in een eenpersoonskamer. Alle maaltijden van de bijslapende ouder kunnen op de kamer worden genomen.
- *Bijslaap*: indien de ouder niet kiest voor een eenpersoonskamer kan de ouder in "bijslaap"verblijven.

Alle maaltijden van de bijslapende ouder kunnen op de kamer worden genomen.

Alle kamers zijn zodanig ingericht dat men kan overnachten bij zijn kind.

4.

Kinderen en ouders hebben recht op informatie. De informatie wordt aangepast aan leeftijd en bevattingsvermogen van het kind.

(ARTIKEL 4)

4.1 Geplande opnamen en/of dagopnamen

Vóór de opname worden het kind en de ouders door de behandelende arts geïnformeerd.

Over de partiële daghospitalisatie bestaat er een algemene informatie folder en een specifieke folder. Voor opname kunnen de kinderen met hun ouders steeds een bezoek brengen aan de afdelingen.

4.2 Spoedopnamen

Elke spoedopname wordt van te voren besproken met de betreffende ouders en voor zover mogelijk wordt de informatie op gepaste wijze doorgegeven aan het kind oor ouder, begeleider, sociaal assistent, arts, psycholoog en verpleegkundige

4.3 Aard van de informatie

We geven het kind volledige informatie over wat het zal zien, voelen, horen en ruiken.

Technische informatie wordt bij kleinere kinderen beperkt om de angst niet te vergroten.

5.

Kinderen en ouders hebben recht op alle informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor onderzoeken, ingrepen en behandelingen.

Kinderen worden beschermd tegen overbodige behandelingen en onderzoeken.

(ARTIKEL 5)**5.1 Algemeen**

Zonder overleg met de ouders worden er geen onderzoeken, ingrepen of behandelingen uitgevoerd.

5.2 Het aanprikken van kinderen

Het aanprikken kan nodig zijn voor:

- bloedafname
- plaatsen van een heparine slot voor medicatietoediening.
- plaatsen van een infuus

Bij het aanprikken worden de volgende maatregelen genomen:

- indien er geen extra vocht moet toegediend worden, wordt er enkel een heparine slot geplaatst zodat de bewegingsvrijheid van het kind zoveel mogelijk gewaarborgd blijft.
- het kind wordt niet nodeloos geprikt. Indien na drie pogingen het aanprikken niet lukt, wordt er een beroep gedaan op de pediater.
- het aanprikken van kinderen gebeurt enkel door pediatische verpleegkundigen van de afdeling.
- indien er bvb. voor een onderzoek een infuus nodig is, dan wordt er eerst EMLA geplaatst indien mogelijk

Na een pijnlijke of ingrijpende handeling wordt het kind beloond met een kleine attentie.

6

Kinderen mogen niet op een specifieke volwassenafdelingen worden opgenomen.

Alle kinderen van dezelfde leeftijd- en ontwikkelingsfase worden samengebracht voor het ondernemen van spelactiviteiten.

Voor bezoekers bestaan er geen leeftijdsgrenzen

(ARTIKEL 6)

6.1 Inschrijving van kinderen op de afdeling 500 “reva-ped”

Bij inschrijving van kinderen jonger dan 15 jaar voor een dagopname, geplande opname en spoedopname wordt er altijd telefonisch contact opgenomen met de afdeling

De arts samen met de hoofdverpleegkundige bepaalt op welke kamer het kind wordt opgenomen afhankelijk van de gevraagde kamerkeuze, de kamerbezetting en de gezondheidstoestand van het kind.

Ingeval er een gemeenschappelijke kamer wordt gekozen, dan wordt er rekening gehouden met de leeftijd, het geslacht en de gezondheidstoestand van de kamergenoot.

6.2 Tegemoetkoming op de andere afdelingen

6.2.1 Consultaties

Op de Consultaties zijn er pediatrie ruimtes aanwezig. Deze ruimte is kindvriendelijk. Hier gebeurt de eerste opvang door de arts en de kinderen worden afgeschermd van andere patiënten.

Alle kinderen worden doorverwezen naar de pediater, kinderneuroloog of kinderpsychiater dan wel arts met specifieke ervaring met kinderen.

De wachttijden worden tot een minimum herleid. De ouders mogen steeds bij hun kind blijven en mogen het kind ook begeleiden naar de verschillende onderzoeken.

6.2.2 Medische beeldvorming

Bij de planning krijgen kinderen voorrang en worden de wachttijden tot een minimum beperkt.

Gehospitaliseerde kinderen worden juist voor de start van het onderzoek naar het onderzoek gevraagd.

Voor ambulante kinderen is er in de wachtzaal een kindvriendelijk hoekje.

De kinderen worden steeds begeleid tijdens het onderzoek door de ouder en/of de pedagogische medewerker of verpleegkundige.

6.3 Geen leeftijdsgrenzen voor bezoekers

Indien de gezondheidstoestand van het zieke kind en die van de bezoekende kinderen het toelaat, mogen kinderen van om het even welke leeftijd op bezoek komen bij broer, zus, vriend of vriendin.

In de cafetaria staat een microgolf ter beschikking, alsook verschillende kinderstoeltjes.

7

Kinderen hebben recht op mogelijkheden om te spelen, zich te vermaken en onderwijs te genieten naar gelang van hun leeftijd en lichamelijke conditie.

Kinderen hebben recht op verblijf in een stimulerende veilige omgeving waar voldoende toezicht is en die rekening houdt met kinderen van alle leeftijdscategorieën.

(ARTIKEL 7)

7.1 Voorzieningen voor spel, recreatie en ontwikkeling

7.1.1 Infrastructuur

De infrastructuur op de afdeling pediatrie is opgebouwd rond het thema dat past bij de revalidatie van het kind: bijvoorbeeld aanwezigheid van prikbord met de activiteiten, bezoeken van de dag.

De volgende voorzieningen zijn aanwezig om tegemoet te komen aan de ontspanning en ontwikkeling van de kinderen:

- de patiëntenkamers zijn:
 - ◇ kindvriendelijk.
 - ◇ uitgerust met tv, centrale dvd-speler
- er is een speelruimte waar:
 - ◇ speelgoed, kinderboeken, strips, een pc, ... ter beschikking worden gesteld.
 - ◇ groepsactiviteiten onder leiding van de spelbegeleidster worden georganiseerd.
 - ◇ kinderen in groep kunnen knutselen, ...
- kinderen kunnen een keuze maken uit tal van spelletjes, kinder- en jeugdfilms. Men kan op de eigen kamer naar de gekozen film kijken.
- in de eetzaal/multifunctionele ruimte kunnen kinderen gezamenlijk eten, en samen met bezoekers

7.1.2 Spelbegeleiding

De medewerkers ergo, psycho, logo of opvoedkundige of andere medewerker zijn op weekdays aanwezig.

Ze hebben een ondersteunende en signaalfunctie en werken nauw samen met het verpleegkundig team.

Hun taken zijn:

- organiseren van en begeleiding bij spelactiviteiten naar psychomotore mogelijkheden van de patiënt.
- begeleiding van het kind en de ouder bij onderzoeken
- begeleiding van het kind en de ouder bij heelkundige ingreep
- begeleiding bij het maaltijdgebeuren
- extra aandacht geven aan:
 - ▷ kinderen van wie de ouders niet continu aanwezig zijn.
 - ▷ kinderen die het psychisch en emotioneel moeilijk hebben
- opvang van het kind indien de ouders even niet aanwezig zijn
- begeleiding bij activiteiten ter bevordering van de ontwikkeling bvb. samen lezen, werken aan schooltaken, ...
- organiseren van themagerichte feesten, zoals Pasen, Moederdag,

Tijdens het weekend worden de taken van de spelbegeleidster door de verpleegkundigen overgenomen.

7.1.3 Onderwijs

De kinderen van de partiële daghospitalisatie en de dienst 500 krijgen aangepast onderwijs:

- ▷ Er is een type 5 onderwijs binnen de muren van het ziekenhuis en ook een MPI met dagopvang
- ▷ Verder is er full time een ergotherapeut(e) bezig met ondersteuning van de bedlegerige patiënten buiten de verzorging in kader van de revalidatie.

7.2 Tegemoetkoming aan een veilige omgeving

7.2.1 Patiëntenkamers

De kranen van de douche en het babybad zijn voorzien van thermostatische kranen met veiligheid.

Alle technische voorzieningen zijn beveiligd.

Er zijn geen verwarmingstoestellen in de kamer; alle verwarming gaat via het plafond.

Het soort bed dat het kind krijgt, is afhankelijk van de leeftijd.

De bedsponden aan peuterbedjes worden steeds gebruikt en in de hoogste stand geplaatst.

Er is aangepast bad- , bed, eet- en speelmeubilair.

7.2.2 Afdeling

Op de deuren van alle lokalen zoals keuken, propere en vuile utility staat een verbodsteken; deze lokalen zijn dicht indien er niemand in aanwezig is.

De vensters zijn van speciale veiligheidsslots voorzien.

In alle kamers, met uitzondering van de kamers ouder-kind, is er inkijk vanuit de gang voorzien.

Het verlaten van de afdeling gebeurt via een begeleider

De verpleegwacht heeft een grote balie, die voor de kinderen een herkenningspunt is waar ze een verpleegkundige kunnen aantreffen.

8

Het multidisciplinaire team is opgeleid voor de behandeling en verzorging van kinderen. Het beschikt over de kennis en de ervaring die nodig is om de psychologische en emotionele behoeften van het kind en zijn familie op te vangen.

(ARTIKEL 8)**8.1 Multidisciplinair teams**

Samenstelling:

- pediaters, kinderneurologen, revalidatieartsen
- verpleegkundig team onder leiding van een hoofdverpleegkundige
- ergotherapeuten
- sociaal assistenten
- logopedisten
- kinesisten
- psychologen
- kinderverzorgsters
- verzorgenden, logistieke medewerkers,
- onderwijzers
- Clb medewerkers
- overige (externe) therapeuten (o.a. medewerkers MPI)

Dagelijks, wekelijks maandelijks zijn er patiëntenbespreking met de op dat moment aanwezige teamleden dan wel met het ganse team afhankelijk van de revalidatienoden van het kind

8.2 Vorming

De verpleegkundigen en therapeuten op de dienst 500 zijn pediatriesch verpleegkundigen/therapeuten.

Jaarlijks vinden er interne en externe vormingen plaats.

Op de afdelingen zijn een aantal referentieverpleegkundigen/artsen actief: voor pijn, voor diabetes, voor palliatieve begeleiding, voor wondzorg, voor beademing, voor stomie zorg. Zij volgen specifieke vormingen, al dan niet intern.

8.3 Het onderkennen van elke vorm van misbruik

Bij vermoeden van mishandeling wordt er overleg gepleegd met de behandelende pediater. De hulp van de sociaal verpleegkundige wordt steeds ingeroepen voor de contacten met de diverse externe diensten (cf. “Aanpak van kindermishandeling” FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, mei 2006.)

8.4 Rouwbegeleiding

Indien een kind stervende is, dan wordt de begeleiding door het multidisciplinaire team van pediatrie verzorgd.

Op vraag en in overleg met de ouders kan er een beroep gedaan worden op de “pastorale” medewerkers van het ziekenhuis. Idem voor psychologische ondersteuning.

9

Kinderen hebben recht op verzorging en behandeling door zoveel mogelijk dezelfde personen, die onderling optimaal samenwerken.

(ARTIKEL 9)

Op *medisch gebied* volgt elke arts zijn eigen patiënten. In geval van afwezigheid tijdens het weekend en het verlof gebeurt deze opvolging door zijn collega. De artsen hebben elke morgen een zaalronde (behalve in het weekend) en tweemaal per week een uitgebreide gezamenlijke patiëntbespreking.

De ouders kunnen dagelijks contact hebben met de behandelende arts op simpele aanvraag.

Op *verpleegkundig gebied* wordt er gewerkt met patiënttoewijzing. Elke verpleegkundige draagt de verantwoordelijkheid voor de totaalzorg van de aan haar toegewezen patiënten en de begeleidende ouder. Een kind wordt zoveel mogelijk door eenzelfde verpleegkundige verzorgd. Ouders kunnen altijd telefonisch informatie en advies opvragen.

Op *paramedisch gebied* wordt er zoveel mogelijk met dezelfde therapeut: kinesist, logopedist, psycholoog, diëtist,.. gewerkt.

De arts coördineert de communicatie tussen de verschillende leden van het multidisciplinaire team.

Gezien de specifieke zorg en het belang van de continuïteit van de zorg en in het belang van de patiënt hechten we meer belang bij het toedienen van de zorg aan kwaliteit en het welbevinden en comfort van de patiënt die zich steeds kan wenden tot hetzelfde Multi-disciplinaire behandelingsteam en dit over de leeftijdsgrenzen heen.

10

Kinderen hebben het recht om met respect en begrip benaderd en behandeld te worden. De privacy moet van elk kind worden gegarandeerd.

(ARTIKEL 10)**10.1 Het benaderen van kinderen met respect en begrip**

Bij opname wordt er een anamnese afgenomen waarbij de aandacht ook wordt gevestigd op de slaap- en eetgewoonten, de sociale situatie, ... Tijdens het verblijf wordt er zoveel mogelijk rekening mee gehouden.

We informeren de ouders over de reacties die hun kind kan stellen ten gevolge van de opname, ingreep of onderzoek, bvb. boosheid, huilen bij bezoek, ...en hoe zij hierop kunnen reageren.

In belang van het kind weten we graag wanneer ouders terug op bezoek komen (dit om het kind juiste en uniforme informatie te geven).

10.2 Bescherming van de privacy van het kind

Bij opname wordt er tot de mentale leeftijd van 6 of 7 jaar geen rekening gehouden met het geslacht bij de bedtoewijzing. Zowel jongens als meisjes kunnen samen op een tweepersoonskamer worden opgenomen.

Tijdens de verzorging wordt de deur van de kamer dicht gedaan. Dan wel afgeschermd door een gordijn.

Als de toestand van het kind het toelaat, bepaalt het kind zelf of het met andere patiënten speelt in de speelruimte.

Er wordt enkel aan de ouders telefonische informatie doorgegeven

11 In bijlage zijn aanvullende richtlijnen opgenomen.

Aanvullende richtlijnen

1. De behoeften van het kind

De behoeften van een kind kunnen we indelen in twee hoofdgroepen, namelijk behoeften op psychisch vlak en lichamelijk vlak. Deze twee hoofdgroepen van behoeften kunnen verder worden ingedeeld in subgroepen.

- Op *psychisch vlak*: behoefte aan veiligheid (psychische veiligheid), behoefte aan geborgenheid en liefde, behoefte aan waardering, erkenning / aanvaarding / respect, behoefte aan zelfrealisatie / zelfstandigheid / toekomst, behoefte aan spel en ontspanning, behoefte aan onderwijs, behoefte aan contact en behoefte aan privacy.
- Op *lichamelijk vlak*: behoefte aan fysieke veiligheid, behoefte aan rust / slaap, behoefte aan hygiëne en comfort, behoefte aan evenwichtige voedings- en vochtbalans en behoefte aan gezondheid.

Op psychisch vlak:

Kinderen worden om allerlei redenen opgenomen in een ziekenhuis bvb. voor een onderzoek, operatie of observatie. Dit zijn nare ervaringen voor een kind, ze komen terecht in een “vreemde omgeving”. Kinderen voelen zich bij dergelijke situaties niet veilig, ze weten immers niet wat er gaat gebeuren. Kinderen hebben behoeften aan een *voorspelbare omgeving*. Met deze behoefte wordt bedoeld dat kinderen nood hebben aan een zekere structuur gedurende de dag. Regelmaat biedt hen houvast. Aan deze behoefte kunnen kinderverpleegkundigen gedeeltelijk tegemoet komen door kinderen stap voor stap uitleg te geven bij een gebeuren, op vaste tijden te eten, naar de televisie kijken etc. Kortom, iedere dag keert een min of meer vast gedragspatroon terug (Heyster, 1994).

Op deze manier krijgen kinderen een beeld van wat ze kunnen verwachten. Dit scheidt vaak het begin van een vertrouwensband tussen het kind en de kinderverpleegkundige en zo krijgt het kind een gevoel van veiligheid en zekerheid (Heyster, 1994).

Eveneens hebben kinderen behoefte aan een *bekende omgeving*. In een ziekenhuis zien kinderen veel nieuwe mensen, apparatuur en dergelijke meer. Net dit maakt de kinderen bang en onzeker want ze kennen deze personen niet, weten niet waarvoor de apparatuur dient, en of een onderzoek al dan niet pijnlijk is. Verpleegkundigen kunnen de kinderen voorbereiden op deze onbekende elementen door vooraf een bezoek te brengen aan de ruimte waar het onderzoek zal doorgaan, de recovery, de kinderafdeling etc. Bij dit bezoek moet de nodige uitleg gegeven worden, de verpleegkundige moet oprecht zijn en eerlijk antwoorden op de vragen van het kind. De uitleg moet aangepast worden aan het ontwikkelingsniveau van het kind en aan de draagkracht van het kind.

Kinderen hebben behoefte aan een *vast normenpatroon*. Normen zijn richtlijnen (Wikipedia, 2007). Aan de hand van die richtlijnen weten ze wat mag en wat niet mag. Kinderen weten hoe hun ouders reageren als ze zich niet houden aan bepaalde regels. Ze weten wat er van hen verwacht wordt, maar ze weten ook hoe ze moeten handelen om hun zin te krijgen. De ruimtelijke omgeving, de mensen, de steeds terugkerende regelmaat en een bekend normenpatroon bieden het kind de nodige houvast in zijn leven, waardoor ze zich zeker en veilig gaan voelen (Heyster, 1994).

Daarnaast hebben kinderen behoefte aan *geborgenheid en liefde*. Dit is een fundamentele behoefte. Deze behoefte draagt bij tot een *evenwichtige groei en ontwikkeling*. In normale omstandigheden krijgt een kind liefde en geborgenheid van zijn ouders. Dit leidt tot een sterke band tussen ouder en kind. Door een ziekenhuisopname kan deze behoefte in het gedrang komen. Dit kan aanleiding geven tot problemen zoals hospitalisme. Dit is een psychisch trauma, tengevolge van een langdurige ziekenhuisopname.

Als kinderen iets goed doen, vinden ze het fijn dat ze worden aangemoedigd, worden beloofd. Door positief gedrag aan te moedigen, gaat het zelfvertrouwen van het kind in de vreemde ziekenhuisomgeving toenemen. Dit zelfvertrouwen helpt het kind op weg naar volwassenheid. Kinderen groeien met een duidelijk toekomstperspectief naar volwassenheid. Dit kunnen ze echter niet alleen, ze hebben hierbij hulp nodig van anderen. Deze hulp krijgen ze vaak van hun ouders. Door een langdurige ziekenhuisopname kan dit proces verstoord worden. De kinderverpleegkundige speelt soms in dergelijke situaties een opvoedende rol. Ze dient hierbij dan wel rekening te houden met de opvoedingsprincipes van de ouders.

Kinderen ontwikkelen zich al spelend. Dit feit bewijst dat spel belangrijk is voor een kind. Via spel groeit een kind uit naar een evenwichtige persoonlijkheid, op deze manier leren ze nieuwe dingen verkennen. Spelen helpt hen te ontwikkelen, daarom is het belangrijk dat op een kinderafdeling een speelruimte voorzien is, aangepast aan alle leeftijden. Deze speelruimte moet over uitnodigend spelmateriaal beschikken, zodat kinderen zich verder kunnen ontwikkelen.

In normale omstandigheden krijgt een kind *onderwijs*. Hierdoor groeien zijn/haar intellectuele vermogens. Als een kind om welke reden dan ook gedurende langere termijn geen onderwijs heeft gehad, ontstaat de kans dat het een achterstand oploopt.

Sommige kinderen moeten langdurig of herhaaldelijk worden opgenomen in het ziekenhuis, waardoor ze niet naar school kunnen gaan. Door onderwijs te voorzien in het ziekenhuis wordt voorkomen dat kinderen achterstand oplopen.

Kinderen moeten niet ophouden met kind te zijn in het ziekenhuis. Ze moeten kunnen spelen, lachen met hun vriendjes, grapjes maken enz. Kinderen kunnen niet alleen leven, ze hebben behoefte aan contact met ouders, vrienden, familie etc.

Afhankelijk van de leeftijd en de situatie van het kind zal het doel en de inhoud van de contacten verschillen. Hoe groter het kind is, hoe meer behoefte het kind heeft aan privacy.

Op lichamelijke vlak:

Bij de behoefte aan *fysieke veiligheid* wordt bedoeld dat het kind behoefte heeft aan bescherming tegen lichamelijk letsel. Kinderverpleegkundigen kunnen gedeeltelijk aan deze behoefte tegemoet komen door de veiligheidsmaatregelen van de afdeling in acht te nemen.

Kinderen hebben behoefte aan *slaap en rust*. Afhankelijk van de leeftijd van het kind zal het meer of minder slaap per dag nodig hebben. Zieke kinderen hebben meer behoefte aan rust en slaap omdat ze veel energie verbruiken door ziek te zijn.

De *voedingsbehoeften* zijn verschillend naargelang van de leeftijd. Naargelang van de aandoening van het kind kan het noodzakelijk zijn dat het kind aangepaste voeding krijgt.

Kinderen hebben verder behoefte aan een *goede gezondheid*. Door een goede gezondheid kunnen ze zich normaal ontwikkelen en groeien. Hierdoor hebben ze ook voldoende weerstand tegen infectieziekten

Besluit :

Het niet bevredigd worden van genoemde behoeften ten gevolge van een ziekenhuisopname kan aanleiding geven tot problematische situaties.

Het is de taak van de kinderverpleegkundige deze problemen te voorkomen of ze tijdig op te merken en daar waarmogelijk is op te lossen.

2. Dagopname (geplande opname)

Voorstelling van een ziekenhuis door de ogen van een kind:

Je bent in een vreemd land, begrijpt niets van de taal, kent de plaatselijke gewoonten en gebruiken niet. Het ruikt er vreemd en het eten smaakt anders dan je gewend bent.

De mensen om je heen dragen soms wonderlijke kleren (er zijn er zelfs bij met maskers) en je wordt in een bed gestopt dat meer op een kooi lijkt. Ontsnappen is er niet bij. Je zou dan eerst de weg door een waar doolhof moeten zien te vinden.

Bij dat alles voel je je ook nog ziek of heb je pijn, en je verwacht dat er elk moment iemand naar je toe zal komen om je nog meer pijn te doen.

Het ergste van alles is echter dat je ervan overtuigd bent dat het allemaal je eigen schuld is en dat degenen die tot nu toe alles in je leven voor je betekenden je in de steek hebben gelaten en niet meer om je geven (Van Hoorebeke, J., 1993).

Deze paragraaf beschrijft het verblijf in het ziekenhuis doorheen kinderogen. Een kind dat in een ziekenhuis wordt opgenomen beleeft een opname vanuit zijn eigen kinderwereldje. Verpleegkundigen zijn zich hier vaak niet van bewust. Ze voelen zich goed in die ‘vreemde’ kledij, die ‘vreemde’ geur (Stephani, I., 2006-2007).

Kinderverpleegkundigen weten dat een opname voor een kind een turbulente gebeurtenis is. Het kind ervaart een opname als een scheiding van de ouders en de vertrouwde omgeving. Een opname kan allerlei negatieve gevoelens bij het kind teweegbrengen zoals angst en stress. Het is de taak van de kinderverpleegkundige om deze gevoelens op te merken, dit kan via spel,

gedragingen etc. De verpleegkundige kan op deze gevoelens inspikken en acties ondernemen om deze negatieve gevoelens in goede banen te leiden. (Demoustiez, J-P., 2004).

Een ééndagsopname of dagbehandeling houdt in dat patiëntjes gedurende één dag in het ziekenhuis worden opgenomen. In de meeste gevallen gaat het om een geplande opname. Het grote voordeel van een geplande opname is, dat het kind meestal de nodige voorbereidingen heeft gehad, aangepast aan het ontwikkelingsniveau van het kind.

2.1 Hoe ziet een kindvriendelijke opname eruit?

Bij *aankomst* op de kinderafdeling is het eerste contact zeer belangrijk. Het schept een eerste indruk zowel bij ouders als bij het kind. Een goede ontvangst stilt al een deel van de mogelijke zenuwen.

Bij de ontvangst is het belangrijk dat de kinderverpleegkundige(n) de aandacht op de patiënt richten, dit als blijk van erkenning en een gevoel van vertrouwen.

De verpleegkundigen kunnen de patiënt en de ouders bij hun aankomst op de kinderafdeling al gedeeltelijk geruststellen door:

- oogcontact met de patiënt en/of ouders te zoeken
- ze een handdruk te geven
- ze aan te spreken bij naam (K.B. 29/04/1999 – Bs. 06/10/1999, 1999).

De verpleegkundige is de *spilfiguur* bij het ontvangst op de afdeling. Zij is degene die 24 uur op 24 gastvrouw is: patiëntjes en ouders onthalen die opgenomen worden, klaarstaan voor vragen etc. (K.B. 29/04/1999 – Bs. 06/10/1999, 1999).

Belangrijk is dat die ‘gastvrouw’ over een *adequate onthaalattitude* beschikt die erop gericht is tegemoet te komen aan enkele fundamentele behoeften van het kind, nl. de behoefte aan veiligheid, zekerheid en erkenning.

De verpleegkundige die deze adequate onthaalattitude bezit, moet beschikken over volgende eigenschappen:

- respect voor mensen: belevingswereld van de patiënt als uitgangspunt nemen
 - interesse: betrokkenheid bij mensen
 - warmte en zorg: nabij-zijn, genegenheid en zorgende betrokkenheid tonen zonder emotionele verwickelingen
 - gastvrijheid: zowel de ouders als het kind gevoel geven welkom te zijn
- (K.B. 29/04/1999 – Bs. 06/10/1999, 1999)

2.1.1 Vuistregels voor een professioneel onthaal van ouders en kind (Van Hoorebeke, J.,1993)

- Op het moment dat het kind en zijn ouders zich aanmelden op de kinderafdeling, tracht men zo vlug mogelijk op te staan van achter zijn bureau hoe druk men ook bezig is. Het is ongeleefd en ongestuurd iemand te laten wachten zonder hem eerst kort welkom te heten. Zelfs wanneer men bezig is met dringende zaken, die geen uitstel verdragen, en men het kind en zijn ouders even moet laten wachten, dient men toch kort de tijd vrij te maken om hem te begroeten en welkom te heten. Pas dan kan men aan het kind en de ouders vragen om even te wachten tot die dringende zaken zijn afgehandeld. Hierbij is het ook belangrijk de wachttijd zoveel mogelijk te specificeren. Dit is nodig om te vermijden dat de patiënt het gevoel krijgt dat men hem vergeten is.

- Het is belangrijk dat de verpleegkundige het kind met zijn voornaam aanspreekt waardoor het kind en zijn ouders het gevoel krijgen dat ze verwacht worden. Een hand geven en oogcontact zijn onmisbare elementen bij de begroeting van zowel ouders als kind. Ook is het van essentieel belang dat de verpleegkundige zichzelf voorstelt wat betreft haar naam en haar functie. Men kijkt in eerste instantie naar het kind en zijn ouders die zich aanmelden, pas daarna naar de documenten die hij met zich mee heeft.

- De verpleegkundige moet zoveel mogelijk ingaan op kleine signalen die de patiënt uitzendt zoals bv. spontaan tegemoet treden wanneer ouders en kind aan de deur aarzelen etc. Als men in het zicht van patiëntjes en ouders staat kan men best niet teveel onder collega's praten. Dit verhoogt immers de drempel om een vraag te stellen. Het kind of zijn ouders moeten dan het gesprek onderbreken om de aandacht op zich richten.
- Een betuttelende houding ten opzichte van het patiëntje moet worden vermeden, omdat dit hem in een afhankelijke positie brengt en zijn zelfvertrouwen en initiatief ondermijnt. Hiermee bedoelen we o.a. het kind laten antwoorden op vragen die het begrijpt (en niet enkel de ouders), taalgebruik aanpassen aan de leeftijd van het kind, etc.
- Bij het begeleiden van het kind en zijn ouders naar de kamer loopt men naast het kind i.p.v. voorop. Daardoor stelt men het kind en zijn ouders in staat een gesprek aan te knopen en kan het tempo aangepast worden aan dat van het kind. Men biedt hulp bij het dragen van de bagage en wanneer het kind een rolstoelgebruiker is houdt men tijdig de deuren open zodat de doorgang vlot kan gebeuren.
- Men dient bij alles wat men onderneemt steeds voor ogen te houden dat het voor het kind meestal om een eerste opname gaat. De verpleegkundige daarentegen wordt vaak al jaren geconfronteerd met opgenomen patiënten en heeft bijgevolg de neiging om de opname en het onthaal als een routinegebeurtenis af te handelen.

2.1.2 Anamnese

Na het ontvangst op de kinderafdeling is het de beste keuze om de patiënt en ouder(s) naar een rustige plaats op de afdeling te begeleiden, waar de anamnese kan plaats vinden (persoonlijke ervaring).

Door drukte/stress op de kinderafdeling is het soms niet mogelijk om een anamnese op een rustige plaats af te nemen. Zowel het kind als ouder(s) voelen vaak deze drukte en stress.

De beste plaats om een anamnese af te nemen is de onderzoekskamer of de kamer van het kind (persoonlijke ervaring).

Een onderzoekskamer bevat de nodige materialen om het kind pre-operatief voor te bereiden. Dit houdt in: een weegschaal, meetlat, onderzoekstafel, infusiemateriaal, etc.

Een ander voordeel om een anamnese in de onderzoekskamer af te leggen is dat je de deur kan dichttrekken, zodat ongestoord kan worden verder gewerkt.

Een anamnese bij kinderen ligt niet altijd zo eenvoudig. Bij een dagopname gaat het in de meerderheid van de gevallen om een 'hetero-anamnese'. Met andere woorden, ouders die vertellen over het ziek zijn van hun kind, maar ook hun subjectieve beleving doordat zij bezorgd of bang zijn. Het is een observatiemoment van de relatie tussen kind en ouders

(De Jong, M.A., et al, 2005).

Afhankelijk van het ontwikkelingsniveau, interesse en leeftijd van het kind zal de anamnese meer of minder gericht zijn op ouder of kind.

Bij het afnemen van de kindvriendelijke anamnese is het verzamelen van gegevens een zeer belangrijk doel, naast het leggen van een eerste contact en informatieverschaffing.

(De Jong, M.A., et al, 2005).

Bij het afnemen van een kindvriendelijke anamnese houdt men rekening met onderstaande punten:

- Neem de anamnese bij voorkeur af in een rustige en kindvriendelijke ruimte, zodat het gesprek ongestoord kan verlopen.
- Nodig alle aanwezigen uit om te gaan zitten en doe dat zelf ook, zodat er een ontspannen sfeer ontstaat.
- Informeer hen waarom naast de medische anamnese de verpleegkundige anamnese noodzakelijk is. Vertel dat de informatie nodig is voor optimale zorgverlening.
- Vraag naar degene die het kind het meest verzorgt en waarschijnlijk het beste kent. Dit is niet altijd de moeder.
- Stel de vragen niet alleen aan de ouder(s), maar betrek het kind er ook actief bij door belangstelling te tonen voor zijn beleving, school, vriendjes en hobby's.
- Vermijd vakjargon, spreek gewone taal.
- Stel bij voorkeur open vragen, waardoor meer details verkregen worden. Geef ouders de kans het volledige verhaal te vertellen en probeer hen niet te onderbreken.
- Schrijf op wat er gezegd wordt zoals het gezegd is door kind en/of ouders.
- Observeer gelijktijdig het non-verbale gedrag (De Jong, M.A., et al, 2005).

In grote lijnen bestaat een kindvriendelijke anamnese uit onderstaande algemene vragen ten aanzien van de opname:

- Leefgewoonten: slaapgewoonte, uitscheidingspatroon, voedings- en eetgewoonten en dieet (bv. lust graag, lust geen, etc.)
- Sociale omstandigheden: woonsituatie, schoolsituatie, etc.
- Interesse en/of hobby's van het kind, spel en tekeningen.
- Informeer naar vorige opnamen en behandelingen van het kind: waar en waarom.
- Kennis van het kind en zijn ouders met betrekking tot de ziekte en het behandelingsplan.
- De verwachting die ouders en kind hebben van de ziekenhuisopname.
- Zijn er wensen met betrekking tot ouderparticipatie en/of rooming-in (De Jong, M.A., et al, 2005)

2.1.3 Uitleg en voorbereiding

Bij de opname is het noodzakelijk aan de ouders en kind uit te leggen hoe de dag zal verlopen. Hierbij zijn ook de praktische afspraken die gelden op de afdeling belangrijk om te vermelden.

Aan het kind wordt verteld welke kleding ze tijdens de operatie zullen dragen en dat ze een polsbandje met hun naam aankrijgen. Het kind krijgt ook uitleg over wie allemaal op de afdeling werkt en dat in de operatiekamer andere personen zullen zijn met andere kledij (groene schorten en maskers). Het transport van de afdeling naar de operatiekamer wordt uitgelegd en aan de ouders wordt gezegd of ze al dan niet mee kunnen naar de operatiezaal.

De verpleegkundige handelingen, zoals het geven van een injectie, bloednames en andere worden voordien besproken en de verpleegkundige meldt dan ook wanneer deze zullen gebeuren. Over de afdeling zelf wordt uitleg gegeven en gebeurt een korte rondleiding (speelkamer, lokaal voor de ouders...) (Kindenziekenhuis, 2007).

Een kind dat een behandeling of onderzoek moet ondergaan moet zo goed als mogelijk is op deze ervaring voorbereid worden. Kinderen die zijn voorbereid, vertonen in het algemeen minder vaak problematisch gedrag als ze weer thuis zijn. Het is belangrijk dat wanneer zij in het ziekenhuis aankomen, ze merken dat het eraan toegaat zoals hun van tevoren is verteld.

Veel kinderen die niet zijn voorbereid, voelen zich vaak bedrogen en teleurgesteld. Het gevolg hiervan is dat zij een lange tijd een gevoel van wantrouwen en argwaan houden (Kindenziekenhuis, 2007).

Bij kleine kinderen is het beter om hun kort voor de ingreep voor te bereiden, anders gaan zij hier te veel over piekeren en zich zorgen maken. Bij de iets oudere kinderen kan de voorbereiding al eerder beginnen aangezien zij zich al beter realiseren wat er te gebeuren staat en vragen kunnen stellen (Stephani, I., 2006-2007).

De ouders spelen, naast de verpleegkundige en de pedagogisch medewerker, een essentiële rol in de voorbereiding. Het is van belang dat het kind thuis al voorbereiding krijgt op de ziekenhuisopname en de ingreep. Zodra de ouders weten dat hun kind moet worden opgenomen, moeten zij het kind beginnen voor te bereiden. Zolang mogelijk wachten om er over te praten om het kind niet van streek te maken is zinloos en kan een tegengesteld effect opleveren. Het is ook belangrijk dat tijdens de voorbereiding het kind eerlijk wordt ingelicht zodat het de opname en het verblijf in het ziekenhuis niet als verraad ervaart. Eén keer vertellen is bij kinderen niet genoeg, het is belangrijk dat de ouders hierop voldoende terugkomen. Op voorhand al een bezoekje aan de kinderafdeling brengen kan ook al veel helpen. Zo krijgt het kind een beeld van wat het moet verwachten en komt zij/hij op de dag van de opname niet in een volledig vreemde omgeving terecht. Ook voor de ouders kan dit een geruststellend effect hebben (De Tijdstroom, 1995).

De dag van de opname is de voorbereiding op de ingreep voor een groot deel afhankelijk van de kinderverpleegkundige of pedagogisch medewerker. Natuurlijk blijft de betrokkenheid van de ouders belangrijk, ouders weten meer van hun kind dan wie dan ook. Het voorbereidings-gesprek dient te gebeuren in een rustige ruimte waar het kind zich op zijn gemak voelt en waar zij/hij niet afgeleidt wordt.

Als verpleegkundige is het belangrijk eerlijk en oprecht te zijn ten opzichte van het kind. Door in het begin te vragen aan het kind wat het al allemaal weet, krijgt hij/zij het gevoel betrokken te worden in het gesprek en gaat het zijn aandacht ook beter bij het gesprek kunnen houden.

Ook is het belangrijk dat het kind weet dat hij/zij vragen mag stellen en hier ook antwoord op zal krijgen (De Tijdstroom, 1995).

Tijdens het gesprek dient de uitleg aangepast te worden aan het ontwikkelingsniveau en de leeftijd van het kind. Het is vooral belangrijk om te vertellen wat het kind bewust gaat meemaken. Probeer uit te leggen wat het kind zal voelen, maar ook hoe het zich zal voelen. Vertel eerlijk wat het mogelijk zal horen, ruiken, zien en hoe iets smaakt.

Bijvoorbeeld: een stethoscoop voelt koud aan, een bedpan ook, het kapje voor de narcose kan vreemd ruiken, na een operatie kan het kind dorst hebben of misselijk zijn, de zaag waarmee het gips wordt doorgesneden maakt een hels lawaai enzovoort. Specifieke medische details over bijv. de operatie zijn minder van belang (Kinderziekenhuis, 2007).

Kleine kinderen begrijpen de situatie beter door gebruik te maken van hulpmiddelen. Het laten zien van de materialen die gebruikt zullen worden zoals bijv. een spuitje, mondmasker etc kunnen het kind geruststellen. Door eerst te vertellen wat te gebeuren staat en daarna de handeling voor te doen krijgt het kind een beter beeld over wat er gaat gebeuren. Het kind kan nadien, als hij/zij dat zelf ook wil, de handeling zelf uitvoeren door bijvoorbeeld de pop een prikje te geven.

Ook boekjes en prenten zijn een goed hulpmiddel om een kind mee voor te bereiden. Het boekje kan samen met de ouders doorbladerd worden en zo wordt verder ingegaan op wat er precies gaat gebeuren

Het is tijdens de voorbereiding dus van belang dat alles duidelijk en eerlijk aan het kind dient uitgelegd te worden. Deze voorbereiding dient thuis al te beginnen door de ouders en dient in het ziekenhuis te worden verder gezet door de verpleging

2.2 Hoe ziet een kindvriendelijk verblijf eruit?

2.2.1 Transport buiten de afdeling

Aandachtspunten bij transport buiten de afdeling:

Voor het transport kan plaatsvinden moeten er enkele voorbereidingen getroffen worden. Het kind wordt vervoerd naar de operatiezaal/onderzoekruimte per bed, soms wordt het ook gedragen door een van de ouders. Een mogelijke voorbereiding is de toediening van premedicatie. Premedicatie (Dormicum®, Atropine®) heeft als doel het kind te kalmeren. Het kind wordt er duizelig van. Daarom is het aangeraden dat tijdens het transport de bedsponden omhoog worden gedaan zodat het kind er niet uit kan vallen. Het kind gaat naar een omgeving die het niet kent namelijk de operatiezaal/recovery/onderzoekruimte. Daar zal het kind allerlei apparatuur, materiaal en mensen zien die het niet kent. Om toch een vertrouwenspersoon bij zich te hebben mag de knuffel mee naar deze ruimte. Ook mag een van de ouders hun kind mee vergezellen naar de operatiezaal/onderzoekruimte/recovery.

Het transport naar de ruimte moet zo kort mogelijk gehouden worden. Tijdens het transport kan het kind kou vatten daarom moet het goed worden ondergestopt. Eens aangekomen aan de operatiezaal zal de verpleegkundige de nodige documenten aan een verpleegkundige van de operatiezaal overhandigen. Zij zal het document even overlopen met de verpleegkundige zodat ze van alles op de hoogte zijn en geen misverstanden kunnen plaatsvinden (persoonlijke ervaring).

2.2.2 Kunnen ouders mee naar de operatiezaal

In een kindgericht ziekenhuis kunnen de ouders aanwezig zijn als hun kind onder narcose wordt gebracht. Dit staat beschreven in het handvest van het kind. Het handvest is terug te vinden in bijlage 1.

Artikel 2 in het handvest kind en ziekenhuis verwijst ernaar: *'kinderen hebben recht hun ouders of verzorgers altijd bij zich te hebben'* (Stephani, I., 2006-2007).

Tegenwoordig bieden heel wat ziekenhuizen de ouders de kans om bij hun kind aanwezig te zijn tot de narcose is ingeleid. Afhankelijk van de situatie kunnen mama, papa of beide ouders mee naar de operatiezaal. Ze worden naar de operatiezaal begeleid door een verpleegkundige of een pedagogisch medewerker.

Door de aanwezigheid van de ouder(s), kan het kind de gebeurtenissen beter doorstaan en verwerken. Als de ouders ervoor kiezen om niet mee te gaan, kunnen zij zeker zijn dat hun kind goed wordt opgevangen (handvest kind en ziekenhuis: veiligheid).

Als de ouders besluiten om mee te gaan, kunnen ze dat melden aan de verpleegkundige of de pedagogisch medewerker. In de meerderheid van de gevallen moeten kinderen nuchter zijn voor een onderzoek of een operatie. De ouders vinden dit erg en besluiten vaak om ook niets te eten, ze willen solidair zijn. Dit is echter geen goed idee want het risico op flauwvallen wordt groter. Verpleegkundigen raden dan ook aan om gewoon te ontbijten. Dit kan eventueel gebeuren in een ouderlokaal.

In de operatiezaal gelden kledingsvoorschriften, ook voor de ouders die mee gaan naar de operatiezaal. Het is best dat de kinderen hiervan op de hoogte worden gebracht want zo heeft

zij/hij zijn/haar mama of papa nog niet gezien. Op deze manier wordt voorkomen dat kinderen gaan schrikken van de vreemde klederdracht.

Na het omkleden komt een verpleegkundige/pedagogische medewerker de ouders, kind of begeleider halen. De medewerkers van de operatiezaal geven hen aanwijzingen, waar ze het best kunnen wachten, tot het kind terug komt.

Kinderen kunnen bij aankomst in de operatiezaal in paniek geraken. Ze bevinden zich in een vreemde omgeving, ze zien toestellen waarvan ze niet eens weten waarvoor ze dienen, ruiken allerlei dingen, etc. Rondom hen staan verpleegkundigen in vreemde pakken die ze niet kennen. Het is de taak van deze om in zulke situaties het kind te blijven steunen.

Ouders kunnen zich voor de inleiding van de anesthesie van hun kind onzeker of bang voelen. In het belang van het kind laten zij dit best niet merken, want zij zijn degene die het kind moeten steunen (UMC ST Radboud, 2006).

2.2.3 Kunnen de ouders er zijn als hun kind wakker wordt?

Het is zeer belangrijk voor kinderen dat mama en/of papa of een andere vaste verzorger aanwezig is/zijn op de recovery als het kind ontwaakt uit de narcose. Het kind weet vaak niet wat er aan de hand is, kent de omgeving niet, ziet allemaal vreemde mensen om zich heen en allerlei vreemde apparatuur en zo kan het in paniek slaan. Als mama en/of papa er zijn dan heeft het kind iemand vertrouwd om zich heen en kan het gerustgesteld worden. Het kind kan beter getroost worden door mama/papa. Het kind kent zijn ouders en vertrouwt hen. Het is dus aan te raden dat er een of beide ouders aanwezig is/zijn als het kind wakker wordt, maar dit wordt niet overal gedaan (eigen ervaringen).

2.2.4 Postoperatieve zorgen/zorgen na een onderzoek

Vanaf het moment dat het kind goed wakker en stabiel is, mag het verhuizen van de recovery naar de kinderafdeling. Hierbij is het aan te raden dat de ouders tijdens het transport aanwezig zijn. Het kind heeft vaak al schrik opgelopen voor de operatie.

Het is nodig dat na de operatie de bedsponden omhoog worden gedaan. Het kind kan na de narcose gedesoriënteerd zijn. Het kind weet vaak niet waar het is, vraagt hoe laat het is, weet niet waarom het een infuus heeft, etc. Daarom is het aan te raden om zeker tijd te maken om zowel voor en na de operatie met het kind te overlopen waarom het een verbandje, infuus krijgt/heeft.

Op de afdeling aangekomen moet aandacht besteed worden aan de term pijn.

Op elke afdeling moet er een pijnprotocol zijn zodat kinderen niet onnodig pijn lijden. Kinderen kunnen vaak niet zeggen als ze pijn hebben waardoor ze minder pijnmedicatie krijgen dan volwassenen. Kinderen klagen niet snel over pijn waardoor dit soms over het hoofd wordt gezien. Naar kindvriendelijkheid toe is het dus zeer belangrijk dat kinderen pijnmedicatie krijgen volgens een protocol en zo dus geen pijn lijden.

Een essentieel punt postoperatief blijft afleiding. Hierdoor kan er al een stukje van de pijn worden weggenomen. Afleiden kan door interactieve spelletjes tussen kind, ouder, verpleegkundigen en/of pedagogische medewerker door bv. poppenkast te spelen, boekjes te lezen, etc.

2.3 Hoe ziet een kindvriendelijk ontslag eruit?

Het kind is opgenomen omwille van een ingreep of onderzoek. Op voorhand werd reeds meegedeeld dat het kind dezelfde dag nog het ziekenhuis mag verlaten. Alleen het exacte uur moet meegedeeld worden (wza, 2005). Het is de behandelende arts die beslist wanneer het kind de afdeling mag verlaten (Az St Lucas, 2004).

Er wordt gevraagd aan de ouders even te laten weten wanneer ze de afdeling verlaten. Zo weten de verpleegkundigen wanneer ze vertrokken zijn en kan het kind uitgeschreven worden.

Een kindvriendelijk ontslag omvat volgende punten:

- neem tijd voor het afscheid
- beantwoordt nog late vragen van de ouders
- als het kind een tekening heeft gemaakt, hang deze op
- heb oog voor de reactie van kind en ouders
- wees beschikbaar ook na het ontslag
- als het kind een knuffel of een kus wil geven laat dit toe

3. Langdurige opname

De aard van de opname kan bij een langdurige hospitalisatie verschillen. Enerzijds kan het gaan om een acute opname, anderzijds om een geplande opname. Deze twee punten worden in dit hoofdstuk verder toegelicht.

3.1 Hoe ziet een kindvriendelijke opname eruit?

Ongeplande opname

Een kind komt vaak onverwacht en ongewild op de spoedafdeling terecht, vaak hals over kop. Er was geen tijd om het kind de nodige voorbereiding(en) te geven in verband met het ziekenhuisgebeuren. In dergelijke situaties is een goede opvang van de ouders bepalend.

De reden hiervoor is dat zowel het patiëntje als zijn ouders vaak overdonderd zijn door het gebeuren (K.B. 29/04/1999 – Bs. 06/10/1999, 1999).

Goede opvang zorgt ervoor dat ouders minder angstig zijn. Indien ouders angstig zijn, gaan ze deze angst vaak overbrengen op hun kind. Dit kunnen verpleegkundigen voorkomen door even tijd te nemen voor de ouders, ouders op de hoogte houden en uitleg geven over onderzoeken die hun kind te wachten staan, hen informatie geven over de beslissingen die genomen dienen te worden. Goed voorbereide ouders werken angstreducerend naar de kinderen toe (persoonlijke ervaring).

De omgeving op de spoedafdeling is vaak nieuw voor hen, er heerst een drukte. Toch moet het personeel trachten het kind en ouders tot rust te brengen.

Onderstaande punten zijn essentieel als het duidelijk is dat het kind in het ziekenhuis dient opgenomen te worden:

- beknopte uitleg geven aan ouders en kind over de afdeling waar hij/zij naartoe gaat
- ervoor zorgen dat de overdracht voor de patiënt en ouder niet hoorbaar is, het is vaak voor de verpleging van de kinderafdeling interessant reeds op voorhand telefonisch, informatie door te geven, zodat zij eventueel bepaalde schikkingen kunnen treffen
- een klein kennismakingsmoment inbouwen als het kind en ouder op de afdeling aankomen, waarbij de patiënt met naam wordt aangesproken

(K.B. 29/04/1999 – Bs. 06/10/1999, 1999)

Geplande opname

Bij een geplande opname weten het kind, ouders/verzorgers al een tijd op voorhand dat het kind wordt opgenomen in het ziekenhuis. Het patiëntje heeft dus de tijd om de nodige voorbereidingen inzake zijn/haar verblijf in het ziekenhuis, behandelingen, etc. te kunnen krijgen.

3.1.1 Ontvangst

Idem dagopname zie 2.1.1 Ontvangst

3.1.2 Anamnese

Een anamnese afnemen bij kinderen, en zeker als ze ziek zijn, ligt niet altijd zo eenvoudig. De anamnese is vaak een 'hetero-anamnese', afgenomen in aanwezigheid van ouders. Met andere woorden, ouders die feiten vertellen over het ziek zijn van hun kind, maar ook hun subjectieve beleving omdat zij bezorgd of bang zijn. Het is een observatiemoment van de relatie tussen kind en ouders (De Jong, M.A., et al, 2005).

De onderzoekskamer krijgt de voorkeur wanneer er na het afleggen van de anamnese nog bijkomende onderzoeken moeten gebeuren bv. bloedname, infuus, ... Dit zijn pijnlijke interventies die alleen in de onderzoekskamer zouden mogen plaatsvinden. Kinderen gaan hun kamer als vertrouwd en veilig beschouwen. Het best is dit zo te houden. Doorheen hun verblijf op de afdeling zullen kinderen veel tijd doorbrengen in hun kamer. Vandaar dat pijnlijke gebeurtenissen in een andere ruimte moeten plaatsvinden (persoonlijke ervaring).

Bij een hospitalisatie die gepaard gaat met een overnachting is het relevant na te vragen of de ouders kiezen voor rooming-in.

Het principe van rooming-in is terug te vinden onder punt 3.1.6 Kamerindeling, ouderparticipatie en rooming-in.

Door een opname in het ziekenhuis kunnen de ouders niet altijd de behoeften van hun kind bevredigen. Dit kan aanleiding geven tot problemen zoals hospitalisme. Dit is een psychisch trauma ten gevolge van de ziekenhuisopname. Om hospitalisme gedeeltelijk tegen te gaan is het handig om tijdens de anamnese naar de dagindeling van het kind thuis te vragen.

Door deze dagindeling in het ziekenhuis verder te zetten is de ziekenhuiswereld niet meer zo vreemd voor het kind.

Hospitalisme komt niet veel voor door het feit dat verpleegkundigen de kinderen een structuur aanbieden die vergelijkbaar is met de structuur van het dagdagelijks leven.

3.1.3 Uitleg afdeling en dagindeling

Een opname voor een kind, is altijd een ingrijpende gebeurtenis. De routine en de omgeving van een ziekenhuis zijn anders dan thuis. Dit kan heel beangstigend zijn voor het kind.

Daarom is het van groot belang het kind voldoende wegwijs te maken op de afdeling. Voor de kamertoewijzing kan een rondleiding gebeuren op de afdeling zodat het kind weet waar de

speelkamer is en zodat de ouders ook wegwijs worden gemaakt op de afdeling. Nadien gebeurt de installatie op de kamer. Hierbij wordt informatie gegeven over de faciliteiten van de kamer en kan het kind zijn spulletjes uitpakken. Het is voornamelijk de andere tijdsindeling of routine die gebruikt wordt op de afdeling die het meest verwarrend is voor het kind.

De zaken in het ziekenhuis gaan ‘anders’ dan thuis (Babyclub, 2007). Daarom is het belangrijk om de routine van de dag goed te bespreken met het kind en de ouders. Dit kan op een speelse manier door bijvoorbeeld een leuk schema te maken met tekeningen en verschillende tijdstippen, zie bijlage 6: dagschema.

Op dit schema wordt dan vermeld:

- hoe laat het kind moet opstaan en wanneer het ontbijt komt
- wanneer de verpleegkundige zorgen gebeuren
- wanneer de dokter ongeveer langskomt
- tijdstip van middagmaal en avondmaal
- wanneer het kind kan spelen
- tijdstip om te gaan slapen

Op deze manier krijgt het kind een zekere structuur. Ook voor de ouders die bij hun kind blijven slapen is dit van belang, ook dient aan hen uitleg gegeven te worden over de mogelijkheden om zich te wassen en te eten. Het is ook goed om aan het kind uit te leggen met welke personen het in contact zal komen op de afdeling.

Ook wordt uitgelegd dat naast de verpleegkundigen en dokter ook personeel van de poetsdienst, logistiek assistenten, kinesisten, etc. op de afdeling aanwezig zijn.

Wanneer het kindje op een gemeenschappelijke kamer ligt, is het fijn om de kinderen aan elkaar voor te stellen.

De bezoeken moeten ook duidelijk vermeld worden en ook wie op bezoek mag komen.

Wanneer het kind op een isolatiekamer verpleegd wordt, moeten ook de regels in verband met beschermende kledij duidelijk gemaakt worden aan de ouders (Kinderziekenhuis, 2007).

Verder wordt ook uitleg gegeven dat het kind de kamer niet mag verlaten. Dit betekent niet dat het kind de mogelijkheid niet krijgt om te kunnen spelen, de spelbegeleidster komt langs op de kamer (persoonlijke ervaring).

3.1.4 Voorbereiding op langdurig onverwachte opname

Jammer genoeg wordt het merendeel van de kinderen onverwacht en via de spoedafdeling opgenomen op de afdeling. Bij een spoedopname is meestal geen tijd geweest om het kind goed voor te bereiden. Een opname via de spoedafdeling zorgt voor een duidelijk emotionele druktoename, zowel bij de ouders als bij het kind. Kinderen zijn angstig in het ziekenhuis en ook ouders vallen in ontredde bij ziekte of letsel van het kind. Daarbij is het belangrijk om duidelijke informatie te verstrekken, ook met betrekking tot de vermoedelijke wachttijden en tijdsduur, etc. Op de spoedafdeling kan al een korte voorbereiding gebeuren door de verpleegkundige of de ouders. Op het niveau van het kind wordt dan uitgelegd dat het naar een andere afdeling zal gebracht worden en daar ook een tijdje zal moeten blijven. Te veel informatie

in één keer geven moet vermeden worden want dan gaat het allemaal te overweldigend worden voor het kind.

Wanneer het kind tijdens de opname onderzoeken moet ondergaan (CT scan, RX, etc.), moeten deze voordien goed uitgelegd worden aan het kind. Duidelijk moet gemaakt worden wat er juist gaat gebeuren, wat het kind gaat voelen, zien en horen en wie allemaal aanwezig gaat zijn (VVVS, 2007). Dit gebeurt bij voorkeur door gebruik te maken van een boekje of een pop. Hierdoor weet het kind beter wat het moet verwachten en zal het minder beangstigend zijn. Eenmaal het kind op de kinderafdeling is aangekomen en rustig is kan de verpleegkundige of de ouder aan het kind uitleggen wat gebeurd is en waarom het in het ziekenhuis ligt. Wat er nog gaat gebeuren wordt ook uitgelegd en het is belangrijk om hierbij eerlijk te zijn en het kind de mogelijkheid te geven om vragen te stellen zodat de onderliggende angsten van het kind opgemerkt kunnen worden. Hierbij kan vooral bij jonge kinderen het gebruik van hulpmiddelen goed helpen (Kindenziekenhuis, 2007).

3.1.5 Voorbereiding op een langdurig verwachte opname

Zie 2.1.3 Uitleg en voorbereiding dagopname

3.1.6 Kamerindeling, ouderparticipatie en rooming-in

3.1.6.1 Kamerindeling

Een goede kamerindeling komt tegemoet aan de behoeften van het kind. Zo zijn er verschillende behoeftes waaraan voldaan moet worden.

Allereerst is er de behoefte aan *contact*, dit wil zeggen contact met ouders, andere gezinsleden, maar ook zeker met leeftijdsgenoten. Dit hangt af van de situatie waarvoor het kind opgenomen is. Moet hij/zij in isolatie verpleegd worden, kan er geen contact zijn met andere kinderen.

Worden kinderen dan op een meer- persoonskamer verpleegd, is het van belang rekening te houden met de leeftijden. Ieder leeftijdsgroep ervaart een ziekenhuisopname anders en heeft andere interesses. Het kind voelt zich meer op zijn gemak bij leeftijdsgenoten. Ook de verdere genezing komt hierbij ten goede. Een tiener legt men dus best niet op een kamer met een peuter. Dit omwille van het lawaai dat de peuter bij zich kan hebben en omdat de tiener geen dingen kan delen met de peuter.

Tegenover de behoefte aan contact staat de behoefte aan *privacy*. Het is vanzelfsprekend dat een kind behoefte heeft aan privacy. Hoe ouder het kind hoe meer deze behoefte tot uiting komt. Kinderverpleegkundigen kunnen aan deze behoefte tegemoet komen door eerst te kloppen op de deur voordat men de kamer binnengaat, de spullen van het kind niet zomaar te verplaatsen en te luisteren naar het kind.

Verder is de kamerindeling van belang bij *behoefte aan gezondheid*. Kinderen met een ernstige pathologie, waarbij snel ingrijpen nodig kan zijn, zo dicht mogelijk bij de verpleegwacht worden gelegd.

Ook *rust en slaap* van het kind kan invloed hebben op de kamerkeuze. Kleine kinderen hebben meer slaap nodig en legt men best niet op een kamer waar veel lawaai te horen is. Dit kan zijn in de buurt van de speelkamer of op het begin van de gang waar veel bezoek, verpleegkundigen voorbij komen.

3.1.6.2. Ouderparticipatie

Een kind dat ziek is, heeft zijn verzorgers meer dan nodig. Thuis krijgt het extra verzorging en meer aandacht dan normaal. Als het pijn heeft, is er iemand die niet alleen probeert de pijn te verzachten, maar die ook met lieve woorden troost brengt.

En juist in deze kritieke fase, wordt het kind naar het ziekenhuis gebracht, waar een goede lichamelijke verzorging voorop staat, maar waar de emotionele kant door personeelsgebrek wel eens in de verdrukking komt (Heyster, 1994).

Het komt bij kinderen dan ook nogal eens voor, dat tijdens de eerste bezoeken van de ouders naast de uiting van blijdschap over het weerzien, enige vorm van verwijt is te bemerken. Zij waren het tenslotte die het kind in deze situatie hebben achtergelaten. Sommige kinderen hebben zelfs het idee, dat ze min of meer in de steek gelaten worden. Thuis waren er maar weinigen die het kind begeleiden, hun eisen stelden en zeiden wat wel of niet mocht. In het ziekenhuis zijn er ineens meerderen die zich met het kind bezighouden. Natuurlijk menen ze het allemaal goed, maar wat de één goed vindt, kan door de ander verboden worden (Heyster, 1994).

Een opname in het ziekenhuis is een ingrijpende ervaring, zeker voor een kind. Wanneer een ouder beslist om bij het kind te blijven, is het kind vaak minder angstig en beter in staat om de ziekenhuiservaring goed te verwerken. Als ouders deelnemen aan de zorg voor hun kind in het ziekenhuis wordt er gesproken van *ouderparticipatie*. Hieronder wordt verstaan dat de ouders deelnemen aan de zorg voor hun kind. Wat zij doen is feitelijk niets anders dan in de thuissituatie: zorgen voor hun kind. Het is in zo een situatie vooral belangrijk dat ouder en verpleegkundigen elkaar zien als teamgenoten. Als mensen die samen zorgen voor het kind met respect voor elkaars verantwoordelijkheden (Kinderziekenhuis, 2007).

3.1.6.3. Rooming-in

Bij een anamnese wordt aan ouders gevraagd of ze voor rooming-in kiezen. Het is aangewezen als ouder om voor rooming-in te kiezen. Dit betekent dat één van de ouders ook tijdens de nacht, bij het kind kan blijven. De ouder/volwassen persoon krijgt de mogelijkheid om in de kamer van het kind te overnachten.

De vereisten van rooming-in is dat er een persoon bij het kind kan blijven. Er wordt per dag een vergoeding aan de ouders verrekend. Dit is tegenstrijdig met artikel 3 van het handvest kind en ziekenhuis. Zie bijlage 1: Handvest kind en ziekenhuis. In dit artikel wordt vermeld dat aan ouders accommodatie en de mogelijkheid tot overnachting wordt aangeboden zonder dat daar kosten voor in rekening worden gebracht.

Voor de verzorging komt rooming-in ten goede, het zijn de ouders namelijk die hun kind het beste kennen en weten wanneer er iets scheelt. De kinderen zelf zullen ook sneller tegen hun ouders zeggen wanneer ze zich niet goed voelen. Dit omdat er een beter contact is met de ouders dan met, de voor het kind 'vreemde', verpleegkundigen.

Rooming-in komt verder ook tegemoet aan geborgenheid en liefde voor het kind. De ouders bevredigen deze behoefte van het kind, hierdoor wordt de band die er is tussen hen nog sterker. Het kind krijgt niet het gevoel aan zijn lot overgelaten te worden. Het vertrouwen dat er in de ouder(s) is, blijft bestaan.

3.1.7 Stress op een kinderafdeling

Op elke verpleegafdeling in een ziekenhuis komt men in contact met stress. Dit geldt ook voor een kinderafdeling. Stress op een afdeling is niet steeds negatief. Het gaat voornamelijk om eustress (gezonde stress) waar men op deze afdelingen mee te maken heeft. Deze eustress zorgt ervoor dat iemand kan functioneren bij drukte en het stimuleert een persoon tot hogere prestaties. (Lifebuilding, 2007).

Vanaf het moment dat iemand met distress (ongezonde stress) te maken heeft moet men zich zorgen beginnen maken. Een goede verpleegkundige moet altijd en overal professioneel werken. Maar als er stress is door bv. drukte op de afdeling, persoonlijke gebeurtenissen, personeelstekort, etc. dan kan er druktoename ontstaan bij de verpleegkundige. Bij een opnamegesprek gaat de verpleegkundige zijn/haar tijd niet kunnen nemen voor patiënt en ouders. Er worden zaken over het hoofd gezien.

Dit werkt zeker in het nadeel van het kind. Het kind krijgt door deze stresssituaties soms maar een halve voorbereiding op een onderzoek of het kind en ouders kunnen niet bij de verpleegkundigen terecht met hun vragen omdat het te druk is op dat moment (persoonlijke ervaring).

Daarom is het zeker belangrijk dat een professionele verpleegkundige een gezond evenwicht vindt tussen eustress en distress.

3.2 Hoe ziet een kindvriendelijk verblijf eruit?

3.2.1 Transport buiten de afdeling

Idem dagopname zie 2.2.1 Transport buiten de afdeling

3.2.2 Kunnen ouders mee naar de operatiezaal/onderzoek?

Idem dagopname zie 2.2.4 Postoperatieve zorgen/zorgen na een onderzoek

Onverwachte opname

Een onverwachte opname betekent een uitzonderlijke situatie op zowel de verpleegafdeling als op de operatiezaal. Daarom is het niet altijd mogelijk dat een ouder aanwezig kan zijn tijdens de inleiding van de narcose. In zulke situaties moet alles snel gaan en is er geen tijd om ouders voor te bereiden. Of de ouder aanwezig mag zijn hangt natuurlijk af van de noodzaak tot operatie en van het protocol van het ziekenhuis (UMC ST Radboud, 2006).

3.2.3 Kunnen de ouders er zijn als hun kind wakker wordt?

Idem dagopname zie 2.2.3 Kunnen de ouders er zijn als hun kind wakker wordt?

3.2.4 Postoperatieve zorgen

Rooming-in is belangrijk voor kinderen. Er moet extra veel aandacht aan worden besteed in het ziekenhuis. Als één van de ouders bij het kind blijft slapen heeft het kind altijd een vertrouwenspersoon bij zich. Wanneer het kind dan wakker wordt, heeft het altijd een vertrouwd iemand in de buurt. Vaak moeten er nog onderzoeken, bloednames, etc. gebeuren en dan zijn mama of papa er altijd voor hun kindje. Dit kan voor een groot deel hospitalisme(*) voorkomen. Een operatie/onderzoek is een ingrijpende gebeurtenis voor een kind en daarom is het belangrijk dat hij/zij een vertrouwenspersoon steeds bij zich heeft (Stephani, I., 2006-2007).

* *Hospitalisme= Stemmingstoestand die kenmerkend is voor een patiënt die langdurig in een ziekenhuis of andere verpleeginrichting verblijft. De patiënt mist dan lange tijd de prikkels die normaal uit de omgeving tot iemand komen. Hij verliest het contact met de omgeving, maakt een ongeïnteresseerde, lusteloze indruk. Hij gaat zich in belangrijke mate één voelen met het ziekenhuis.*

Hospitalisme ontstaat vooral bij jonge kinderen en is dan gekenmerkt door de volgende symptomen:

- *protest en wanhoop*
- *onthechting*
- *voedselweigering*
- *braken, diarree*
- *groeistilstand*

3.3 Hoe ziet een kindvriendelijk ontslag eruit?

Ontslag na een langdurige verwachte opname

Vanaf de opname van het kind, stelt de vraag zich wanneer het weer naar huis mag en naar dat moment wordt meestal erg uitgekeken. De opname en het hele verblijf mogen vlekkeloos verlopen zijn, als het ontslag niet goed is kan het kind de hele opname als negatief ervaren.

De meeste ziekenhuizen streven ernaar de opnameduur zo kort mogelijk te houden. Het is de behandelende arts die beslist wanneer het kind klaar is de afdeling te verlaten.

(AZStLucas, 2005).

Meedelen van het ontslag dient niet te vroeg gedaan te worden, afhankelijk van het kind. Bij peuters en kleuters doet men dit best de ochtend van het vertrek zelf. Schoolgaande kinderen hebben meer tijdsbesef en mag men het vertrek de dag ervoor meedelen (Stephani, I., 2005-2006).

Een gesprek heeft plaats met de behandelende arts. Zo weten de ouder(s) waar ze thuis aan toe is/zijn. Het kind kan nog eventuele nazorg nodig hebben, of men moet een aantal aanpassingen in

het dagelijkse leven brengen. Dit gesprek kan gaan over de te nemen medicatie, de nabehandeling, het al dan niet naar school gaan, controle afspraak, ...

Al deze informatie wordt schriftelijk vastgelegd, zodat de ouder(s) bij enige twijfel de juiste gegevens kan/kunnen terugvinden (Christelijke Mutualiteit, 2005).

Voorschriften voor medicatie die de ouder(s) zelf dient te halen, worden best de dag voordien meegegeven. Zo kunnen ze tijdig aangeschaft worden.

Ook geeft men het telefoonnummer van de afdeling mee aan de ouders. Zo kan bij enige twijfel, na het lezen van de informatie, contact opgenomen worden. De ouders worden hierdoor gerustgesteld. Ze hebben niet het gevoel aan hun lot overgelaten te worden eens ze vertrokken zijn op de afdeling (persoonlijke ervaring).

Bij het ontslag zelf wordt er hulp geboden bij het aankleden, inpakken en gezorgd voor aangepast vervoer (bijv.: een rolstoel). De laatste instructies worden meegedeeld aan de ouders en het administratief ontslag wordt in orde gebracht.

In de loop van het verblijf ontstaat een relatie met het personeel, het kind samen met zijn/haar ouders. (Stephani, I., 2005-2006).

Als het kind weer thuis is, kunnen regressie symptomen opduiken. Hij/zij zal moeten herstellen van de lichamelijke ingreep en daarnaast alle doorstane emoties moeten verwerken. Vooral als de opname langere tijd heeft geduurd kan er schade aangebracht zijn aan de vertrouwensband tussen de ouder(s) en het kind. Dit kan zich uiten in: veel aandacht vragen, vijandig (agressief) gedrag, prikkelbaarheid, rusteloosheid, huilerig zijn, zich in zichzelf terugtrekken. Soms zal het kind ook angstig dromen en snel in paniek geraken. Ook kan het kind terugvallen in gedrag dat past bij kinderen van een jongere leeftijd (=regressie). Het gaat bv. weer bedplassen of duimzuigen.

Kleine kinderen kunnen in de periode na de opname niet zonder hun vaste verzorger, dit zal in veel gevallen de moeder zijn (Vereniging Kind en Ziekenhuis, 2003). Ook al doen de ouders aan rooming-in, de band tussen hen en het kind gaat beschadigd raken. Bij het kind komt er een gevoel op dat mama en papa hem/haar 'in de steek laat'. De verpleegkundigen doen het kind pijn, en mama en papa laten dit maar gebeuren. Het is dus zeer belangrijk dat eens thuis, de band zo snel mogelijk hersteld wordt.

De verpleegkundigen kunnen de ouders inlichten over de mogelijk reacties van het kind. Het kan ook voorkomen dat een kind na de ziekenhuisopname geen regressiesymptomen vertoont maar dat deze pas opduiken na enkele maanden.

Er worden vier groepen onderscheiden van veel voorkomende problemen:

- *de angst van de ouders gescheiden te worden*

Dit verschijnsel treedt vaak op bij jongere kinderen. Het gevolg hiervan is dat ze niet zo intens blij zijn als ze weer thuis komen dan het wat oudere kind. Het kind verwacht weer in de steek gelaten te worden. Het is als ouder dan belangrijk dat er opnieuw vertrouwen gecreëerd wordt (Vereniging Kind en Ziekenhuis, 2003).

Tijdens de opname kan hier al rekening mee gehouden worden door de ouders zo vaak mogelijk bij het kind te laten. Ook het verplegen door een aantal vaste verpleegkundigen kan hier een hulp zijn. Zo zal het kind deze beter leren kennen en niet telkens een ander gezicht aan zijn bed zien verschijnen. Met deze verpleegkundigen kan dan een vertrouwensband opgebouwd worden.

- *problemen met slapen*

Het kind is vaak bang om te gaan slapen. De ouder zou immers weg kunnen zijn als het wakker wordt (Vereniging Kind en Ziekenhuis, 2003). Dit kan in het ziekenhuis al voorkomen worden. Vaak gaan de ouders even weg als het kind in slaap gevallen is, wordt hij/zij dan terug wakker, is mama of papa er niet meer.

Het kind voelt zich in de steek gelaten en weet niet wat er nu moet gebeuren. Het kind kan gaan huilen en vaak kwaad zijn bij de terugkeer van de ouders. De verpleegkundigen kan dan aan de ouders meedelen dat ze niet weggaan zonder medeweten van het kind. Het is het best dat de ouder weggaat en dit zegt tegen het kind. Niet zomaar onverwachts als het kind slaapt, vertrekken. Willen de ouders toch even de kamer verlaten als het kind slaapt, wordt dit best meegedeeld aan de verpleegkundigen zodat zij weten dat het kind alleen is, en regelmatig de kamer kunnen binnengaan.

- *agressief gedrag*

Door de gedwongen scheiding van de ouders, de doorstane pijnen en vernederingen, zoals prikken, en dergelijke, heeft het kind gevoelens van verontwaardiging en teleurstelling. Eenmaal terug thuis moet het kind deze gevoelens verwerken.

Soms doet het dit door het tonen van agressief gedrag, zoals bijten, slaan, trappen. Dit gedrag kan ook al in het ziekenhuis zelf voorkomen, tijdens de opname zelf. Het is belangrijk dat de ouders dit niet laten gebeuren, maar wel aan het kind laten weten dat de boosheid begrepen wordt. De verpleegkundigen kunnen voor het ontslag aan de ouders meedelen dat dit volkomen normaal is, maar niet getolereerd mag worden.

- *terugvallen naar gedrag dat past bij kinderen van een jongere leeftijd*

Soms gaat het kind dat reeds zindelijk was weer (tijdelijk) bedplassen. Een kind dat goed kon praten gaat weer verkeerde woorden, of twee-woord-zinnen gebruiken, gaat weer duimzuigen en dergelijke. Al deze verschijnselen worden best geaccepteerd zonder er boos over te worden. Dit gedrag wordt best zoveel mogelijk genegeerd, niet meer aandacht aan schenken en het kind geruuststellen (Vereniging Kind en Ziekenhuis, 2003).

Al deze verschijnselen kunnen maar moeten absoluut niet voorkomen na een verblijf in het ziekenhuis. Het is wel belangrijk dat de ouders weet hebben van de mogelijke reacties en weten hoe hier mee om te gaan. De verpleegkundige die het ontslag regelt met de ouders kan deze reacties vermelden en wat advies geven hoe zij hier best mee omgaan.

Deze adviezen kunnen zijn:

- het kind veel aandacht geven, maar grenzen stellen, zodat het weet waar het aan toe is
- zo snel mogelijk het oude leef- en gezinspatroon herstellen
- de eerste dagen terug thuis, het bezoek beperken tot een minimum
- ook met andere gezinsleden praten over de opname, het zieke kind krijgt hierdoor het gevoel dat het niet alleen hem/haar aangaat maar ook de anderen
- als het kind agressief is, aan de anderen uitleggen dat dit uit boosheid is. Het gedrag mag wel niet toegestaan worden als andere kinderen hier lichamelijk de dupe van worden

- ook aangepast speelgoed kan helpen de ervaringen te verwerken zoals een ziekenhuisje, dokterset, voor oudere kinderen kan tekenen een uitlaatklep worden (olvg, 2007).

Deze adviezen kunnen bij het ontslag meegedeeld worden aan de ouders zodat zij toch enigszins een idee hebben hoe met dit gedrag om te gaan. Mochten ze na thuiskomst nog met problemen zitten, kunnen ze via het verkregen telefoonnummer van de afdeling, nog altijd contact opnemen.

4 Wat is er op een goede kinderafdeling zeker aanwezig?

4.1 Speelkamer

Een belangrijke eigenschap van een kind is dat ze behoefte hebben aan spel en ontspanning.

De ontwikkeling van een kind gebeurt al spelend. Dit bewijst dat spel heel belangrijk is voor het kind. Via het spel groeit het kind uit naar een evenwichtige persoonlijkheid.

Voldoende speelruimte, aangepast en uitnodigend spelmateriaal zijn dus zeker geen overbodige luxe voor een kinderafdeling.

Dit zijn de redenen waarom een speelkamer op een kinderafdeling geen overbodige luxe is.

De speelkamer is een ruimte waar alle patiëntjes die van hun kamer af mogen, naar toe mogen gaan.

Voor kinderen die niet van hun kamer mogen en dus ook niet in de speelkamer omwille van besmettelijke aandoeningen (diarree, bacteriële infecties etc.) mogen de ouders afwasbaar speelgoed uit de speelkamer halen, zodat het patiëntje hiermee op de kamer kan spelen. Dit speelgoed wordt na het ontslag van de patiënt afgewassen of ontsmet. Deze maatregelen worden genomen om de veiligheid van andere patiëntjes op de afdeling te waarborgen (persoonlijke ervaring).

In de speelkamer is er voor alle leeftijden wat te doen, zoals een spelhoek voor de kleintjes, allerlei leuk knutselmateriaal, een kast vol spelletjes, strips, boeken, misschien een spelcomputer, etc. (Spaarneziekenhuis, 2002-2004). Oudere kinderen kunnen daar zelfstandig spelen, jongere kinderen zijn onder begeleiding van de spelbegeleidster/ouder(s) in de speelkamer. Het speelgoed is aangepast, zodat jongere kinderen het speelgoed niet in hun mondje kunnen steken, in oren, neus,... Het speelgoed waar ze te jong voor zijn, wordt bewaard in hogere gelegen kasten. Oudere kinderen kunnen na aanvraag bij de spelbegeleidster/verpleegkundige over dit speelgoed beschikken (persoonlijke ervaring).

De speelkamer is zo ingericht zodat verpleegkundigen de spelende kinderen in het oog kunnen houden. Dit is de reden waarom de speelkamer een korte plaats bij de verpleegbalie krijgt.

De speelkamer kan zowel een open ruimte zijn, of een afgesloten ruimte, vaak d.m.v glas, zodat de spelende kinderen toch nog in het oog gehouden kunnen worden.

4.2 Spelbegeleiders en verpleegkundigen op de pediatrie afdeling

Er moeten voldoende verpleegkundigen zijn die naar aantal en kwalificatie aangepast worden aan de aard en het volume van de patiëntenproblemen.

Minstens 75% van het verplegend personeel (K.B. 13/07/2006 artikel 24) moet bestaan uit gegradueerde pediatrie verpleegkundigen, bachelors in de verpleegkunde met een specialisatie in de pediatrie of verpleegkundigen die minstens vijf jaar werkzaam zijn op een afdeling voor kindergeneeskunde.

Indien een kinderafdeling over ten hoogste 30 bedden beschikt, moet het ziekenhuis over halftime spelbegeleidster beschikken. Indien de kinderafdeling over meer dan 30 bedden beschikt moet het ziekenhuis over tenminste één voltijdse spelbegeleidster beschikken (KB 13/07/2006).

Er dient 24 uur op 24 minstens één verpleegkundige, behorende tot de bovenbenoemde groep, aanwezig te zijn op de afdeling.

Ieder ziekenhuis met een zorgprogramma voor kinderen moet steeds een beroep kunnen doen op minstens één voedingsdeskundige.

Voor het organiseren van spelactiviteiten en vrijetijdsbesteding moet het zorgprogramma beschikken over spelbegeleiders. Deze moeten houder zijn van een brevet of een diploma van hoger secundair onderwijs.

De basistaken van deze spelbegeleiders worden als volgt omschreven:

- kindvriendelijk leefklimaat bieden
- opvang en begeleiding van kinderen tijdens hun opname
- spelen met kinderen, zowel in de speelkamer als op de kamer
- werken aan creatieve en sociale ontwikkeling van het kind
- observatie van het gedrag van het kind en rapportering hierover
- inoefenen van functionele vaardigheden (K.B. 13/07/2006 artikel 24).

Om aan de specifieke behoeften van het kind te kunnen voldoen worden er hoge eisen gesteld aan de verpleegkundigen op de kinderafdeling en dit op verschillende vlakken:

▷ *Op vlak van attitude:*

- van kinderen houden
- zich kunnen inleven in de belevingswereld van kinderen
- veel geduld hebben, kunnen luisteren zowel naar het kind als de ouders
- een pedagogische houding kunnen aannemen
- een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben
- kunnen opbouwen van een relatie met kind en ouders op basis van wederzijds respect en vertrouwen
- voortdurende aandacht hebben voor de behoeften van het kind en de rest van het gezin

▷ *Degelijke theoretische kennis en voldoende inzicht*

▷ *Verpleegtechnische bekwaamheid:*

- grote nauwkeurigheid
- handigheid
- groot observatievermogen (Stephani, I., 2005-2006).

4.3 Aangepast interieur

Voor de veiligheid en de kindvriendelijkheid moeten er heel wat maatregelen worden genomen op een pediatrie afdeling.

De bouw van een kinderafdeling ziet er als volgt uit:

- Er liggen enkel kinderen (tot 14 jaar en 365 dagen) op de afdeling en geen volwassenen.
 - Er liggen niet teveel kinderen op een kamer. En als er kinderen op een kamer liggen dan moeten deze in dezelfde leeftijdscategorie zitten.
 - Er zou een mogelijkheid moeten zijn zodat de kinderen buiten kunnen spelen. Er moet dan ook aangepast en veilig speelgoed voorzien zijn.
 - De kamers moeten de mogelijk bieden tot rooming-in. Zo heeft het kind altijd een vertrouwenspersoon in de buurt
- (Stephani, I., 2006-2007).

De inrichting van een kinderafdeling ziet er als volgt uit:

Inrichting zelf:

- De afdeling is kleurrijk.
- Versieringen op de muren en deuren die aangepast zijn aan de kinderleeftijd.
- Speelkamer en speelgoed is aanwezig
- Bedjes waarvan de bedhekjes een kleurtje hebben.
- Er moeten vrolijke posters/prenten aan de muren hangen.
- Er kunnen plafondschilderingen aangebracht worden in de onderzoekskamer zodat kinderen bij een onaangename handeling worden afgeleid.
- Er moet een mogelijkheid zijn om aan de balie zelfgemaakte tekeningen van de kinderen te kunnen ophangen.
- Elke kamerdeur heeft een specifieke tekening: herkenningsteken
- Versieringen aanpassen aan het seizoen
- vb. Er kan een mogelijkheid zijn om het vervoer naar een onderzoek aangenamer te maken. bv. ritje met een Hummer, etc. Dit kan enkel als er geen premedicatie gegeven wordt.

4.4 Veiligheid

- Geen kleine speelgoedjes bij de kinderen
- Geen scherpe voorwerpen in de buurt (voorbeeld scherpe punt aan de verwarming)
- Geen uitstekende nageltjes in de muur
- Geneesmiddelen, poetsproducten en andere gevaarlijk producten achter slot en grendel. Hier moet een ruimte voor worden voorzien
- Vensters moeten gesloten kunnen worden en zo gemaakt zijn dat kinderen deze niet kunnen open doen. (beveiligde sluiting), veiligheidsglas
- Op de stopcontacten moet een beveiliging zitten
- Eventueel de uitgang van de verdieping beveiligen met een hekje.
- De klink aan de deur moet verhoogd zijn of er moet een ander systeem worden bedacht zodat kinderen de deur niet kunnen opendoen
- Een thermostaat op de kranen zodat de kindjes zich niet kunnen verbranden.

4.5 De sfeer op de kinderafdeling:

- De sfeer op een kinderafdeling verschilt heel erg dan die op een volwassen afdeling. Er moet zoveel mogelijk een huishoudelijke sfeer worden nagebootst.
 - Kindvriendelijke kledij: leuke opstiksels op de kledij
 - Een altijd opgeruimde kinderafdeling is GEEN goede kinderafdeling.
- (Stephani, I., 2006-2007).

Bijlage 1: Handvest kind en ziekenhuis

- 1) Kinderen worden niet in een ziekenhuis opgenomen als de zorg die zij nodig hebben thuis, in dagbehandeling of poliklinisch kan worden verleend.
- 2) Kinderen hebben het recht hun ouders of verzorgers altijd bij zich te hebben.
- 3) Ouders wordt accommodatie en de mogelijkheid tot overnachting naast het kind aangeboden zonder dat daar kosten voor in rekening worden gebracht.
Ouders worden geholpen en gestimuleerd bij het kind te blijven en deel te nemen aan de verzorging en verpleging van het kind.
- 4) Kinderen en ouders hebben recht op informatie.
De informatie wordt aangepast aan de leeftijd en bevattingvermogen van het kind. Maatregelen worden genomen om pijn, lichamelijk ongemak en emotionele spanningen te verlichten.
- 5) Kinderen en ouders hebben recht op alle informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor onderzoeken, ingrepen en behandelingen.
Kinderen worden beschermd tegen overbodige behandelingen en onderzoeken en tegen oneigenlijk gebruik van persoonlijke gegevens.
- 6) Kinderen worden in het ziekenhuis gehuisvest en verzorgd samen met kinderen in dezelfde leeftijds- en/of ontwikkelingsfase.
Kinderen worden niet samen met volwassenen verpleegd. Er bestaat geen leeftijdsgrens voor bezoekers
- 7) Kinderen hebben recht op mogelijkheden om te spelen, zich te vermaken en onderwijs te genieten al naar gelang hun leeftijd en lichamelijke conditie.
Kinderen hebben recht op verblijf in een stimulerende, veilige omgeving waar voldoende toezicht is en die berekend is op kinderen van alle leeftijdscategorieën.
- 8) Kinderen worden behandeld en verzorgd door medisch, verpleegkundig en ander personeel dat speciaal is opgeleid om kinderen te behandelen en te verzorgen en daarnaast beschikt over kennis en ervaring die hen in staat stellen tegemoet te komen aan de emotionele noden van het kind en het gezin.
- 9) Kinderen hebben recht op verzorging en behandeling door zoveel mogelijk dezelfde personen, die onderling optimaal samenwerken.
- 10) Kinderen hebben het recht met takt en begrip te worden benaderd en behandeld. Hun privacy wordt te allen tijde gerespecteerd.

(ARTIKEL 3)

(Kind en ziekenhuis, 2008).

Bronvermelding

- De Jong, M.A., Beeldman, C.C.C. (2005). *Zakboek kinderverpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Demoustiez, J.P. (2004). *Op kindermaat: spel, tekeningen en ethiek in de zorgverlening voor kinderen*. Kluwer.
- De Tijdstroom (1995). *Het voorbereiden van jonge kinderen op aversieve ingrepen in het ziekenhuis*. Verpleegkunde, ¾, 173-179.
- Heyster, H., Verheijen, H. (1994). *Psychologie voor kinderverpleegkundigen*. Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom.
- K.B. 13/07/2006 artikel 24 (2006). *Zorgprogramma voor kinderen*.
- K.B. 29/04/1999 – Bs. 06/10/1999 (1999). *Protocol Ter bevordering van de kindvriendelijkheid in het ziekenhuis*.
- Naafs-Wilstra, M.C., Roosendaal, B. (1999). *Cliniclowns wel of niet?* Tijdschrift Kinderverpleegkunde, 4, 10-11.
- Stephani, I. (2006-2007). *Kinderverpleegkunde*. Hasselt: Katholieke Hogeschool Limburg, departement Gezondheidszorg: cursus.
- De Morgen (2008). *Hummers voor het kinderziekenhuis*. Beschikbaar op januari 13, 2008 via <http://www.demorgen.be/dm/nl/993/Gezondheid/article/detail/154940/2008/01/31/Twee-Hummers-voor-kinderziekenhuis.dhtml>
- e-gezondheid (2003). *Hospitalisme*. Beschikbaar op december 28, 2007 via http://www.egezondheid.be/nl/gezondheid_tijdschrift/gezondheid_medische_encyclopedie/Hospitalisme-8557-530-art.html
- Kindenziekenhuis (2008.). *Handvest kind en ziekenhuis*. Beschikbaar op januari 2, 2008 via <http://www.kindenziekenhuis.nl/handvest.asp>
- Kinderziekenhuis (2007). *Voorbereiding*. Beschikbaar op november 12, 2007 via http://www.kindenziekenhuis.nl/content_101.asp
- Lifebuilding (2007). *Stress en eustress*. Beschikbaar op april 15, 2008 via http://www.lifebuilding.nl/stress_en_eustress.aspx
- Reinier de Graaf Groep (2007). *Speelkamer*. Beschikbaar op november 15, 2007 via <http://www.rdgg.nl/upload/images/speelkamer.jpg>
- Spaarneziekenhuis (2002-2004). *Kinderafdeling: speelkamer*. Beschikbaar op november 14, 2007 via <http://www.spaarneziekenhuis.nl/kinder/afdeling/index.php>
- UMC Utrecht (2006). *Voorbereiding op de opname*. Beschikbaar op november 13, 2007 via <http://www.umcutrecht.nl/zorg/ouderskind/opname/voorbereidingopdeopname.html>
- Van Hoorebeke, J. (1993). *Kinderen in het ziekenhuis*. Beschikbaar op februari 3, 2008 via <http://www.kindenziekenhuis.nl>
- Vereniging Kind en ziekenhuis (2003). *Nazorg voor kinderen na een ziekenhuisopname*. Beschikbaar op februari 10, 2008 via www.zorgzaam.org
- VVVS (2007). *Help... Kind op spoed!* Beschikbaar op november 14, 2007 via <http://www.vvvs.be/spoedgevallen/JG19-2/Kind%20op%20spoed...%20Help!.pdf>
- Zaans Medisch Centrum (2007). *Wat vertelt u uw kind?* Beschikbaar op november 11, 2007 via www.zaansmedischecentrum.nl/site/internet/patientenvoorlichting/kindergeneeskunde/1504.asp
- *Kindvriendelijkheid in het ziekenhuis 2005*, thesis van Jones Stephanie, Daemen Hilde, Seron Kinny, Corthouts Sara, Ceulen An

26.05.2009