



**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

# Van spoed naar OK, de verpleegkundige begeleiding van kinderen.

Communicatieve voorbereiding van kinderen  
van 2 tot 12 jaar

**Afstudeerproject voorgedragen door:**  
**Daens Silke**  
**Vanstiphout Chiara**

*Promotor: Hendrix Miek*  
*Inhoudsdeskundige: Kimpen Suzy*

**Academiejaar 2014-2015**  
**Bachelor opleiding Verpleegkunde**







**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

# **Van spoed naar OK, de verpleegkundige begeleiding van kinderen.**

Communicatieve voorbereiding van kinderen  
van 2 tot 12 jaar

**Afstudeerproject voorgedragen door:**  
**Daens Silke**  
**Vanstiphout Chiara**

*Promotor: Hendrix Miek*  
*Inhoudsdeskundige: Kimpen Suzy*

**Academiejaar 2014-2015**  
**Bachelor opleiding Verpleegkunde**



## Voorwoord

Wij kozen voor het onderwerp 'opvang van kinderen in het OK', omdat dit ons een leuk en interessant onderwerp leek. Natuurlijk is dit een zeer breed onderwerp en daarom hebben we het afgebakend. Aan de hand van de literatuur kwamen we tot de conclusie dat de voorbereiding van kinderen op een geplande ingreep vlot verloopt. De voorbereiding van kinderen op een spoedingreep verloopt echter niet zo vlot. Daarom hebben we onze bachelorproef gebaseerd op spoedingrepen bij kinderen.

In ons voorwoord willen we een aantal mensen bedanken die ons door heel dit traject gesteund en geholpen hebben. Eerst en vooral bedanken we onze ouders voor de steun die zij ons gaven, ook in de minder makkelijke perioden. Zij hebben het voor ons mogelijk gemaakt om aan deze opleiding te beginnen.

Eenzijds willen we ook Miek Hendrix en Suzy Kimpen bedanken als onze promotor en inhoudsdeskundige. Zij hebben ons laten groeien doorheen dit proces en ons aangemoedigd wanneer we het even niet meer zagen zitten. Ook zij hebben veel tijd en moeite in ons project gestoken.

Anderzijds mogen we natuurlijk ook de tekenaar van ons prentenboekje, Stef Vanstiphout, niet vergeten te bedanken. Door hem kunnen wij een mooi resultaat afleveren.

Tot slot willen we ook nog iedereen bedanken die het voor ons mogelijk heeft gemaakt om enquêtes af te nemen om zo meer informatie te verkrijgen. Meneer Luc van Camp willen we bedanken voor zijn interesse in ons onderwerp en zijn toestemming voor het afnemen van de enquêtes in het Ziekenhuis Oost-Limburg. Ook de verpleegkundigen van de dienst spoedgevallen en de recovery van het Ziekenhuis Oost-Limburg bedanken we voor het invullen van onze enquête, net zoals alle ouders die onze online enquête hebben ingevuld. Dankzij deze personen hebben we meer informatie verkregen dat ons geholpen heeft bij het realiseren van onze bachelorproef.

Genk, mei 2015

Daens Silke & Vanstiphout Chiara

## Inhoudstabel

Voorwoord .....	1
Inleiding.....	4
Theoretisch deel.....	5
1. Het kind .....	7
1.1 De leeftijd van het kind .....	7
De ontwikkelingsstadia van Erikson .....	7
De ontwikkelingsstadia van Piaget .....	11
Wat vertellen de enquêtes ons? .....	14
1.2 Preoperatieve angst.....	15
Risicofactoren voor preoperatieve angst .....	15
De psychobiologie van de scheiding.....	15
Preoperatieve angst op basis van het gedrag .....	16
Coping.....	17
Wat vertellen de enquêtes ons? .....	18
1.3 Communicatie met het kind .....	19
Algemene principes .....	19
Communicatie op verschillende leeftijden.....	20
Tactiek om het kind te informeren over de operatie.....	22
Wat vertellen de enquêtes ons? .....	22
2. De ouders .....	24
2.1 Protocol: afspraken met betrekking tot aanwezigheid van ouders in het operatie-kwartier in het ZOL.....	24
2.2 Begeleiding van kinderen in het operatiekwartier .....	25
2.3 Aanwezigheid van ouders bij de inductie van anesthesie .....	25
Wat vertellen de enquêtes ons? .....	26
2.4 Crush inductie .....	27

# Bachelorproef

---

Praktisch deel .....	28
3. De enquêtes .....	29
3.1 De enquêtes van de verpleegkundigen .....	29
3.2 De enquêtes van de ouders .....	32
4. Het boekje .....	36
Besluit .....	44
Reflectie .....	45
Bibliografie .....	46
Samenvatting .....	48
Bijlagen .....	49
Bijlage 1: Handvest Kind en Ziekenhuis .....	50
Bijlage 2: Enquête verpleegkundigen .....	51
Bijlage 3: Enquête ouders .....	55

## Inleiding

Een operatie is voor kinderen een ingrijpende gebeurtenis waar angst bij te pas komt. Men ziet een verhoogde kans op angst wanneer deze gebeurtenis zonder enige voorbereiding gepaard gaat. Meestal is dit het geval bij een spoedoperatie. Vaak moet het dan snel gaan, waardoor de beleving van het kind vergeten wordt.

In de wetenschappelijke literatuur vonden we vooral artikels over de voorbereiding van kinderen op geplande ingrepen. Over de voorbereiding op een spoedoperatie vonden we helaas weinig informatie. Dit is dan ook de reden waarom we via enquêtes verpleegkundigen en ouders hebben bevraagd over dit onderwerp.

De vraag die we tijdens het schrijven van onze bachelorproef gesteld hebben, is: “Wat is het belang van een kind voor te bereiden op een spoedingreep en op welke manier kan dit het best gebeuren?”

Bij deze vraag moesten we rekening houden met de leeftijd van het kind. Men kan niet alle kinderen op eenzelfde manier voorbereiden.

In ons theoretisch deel hebben we het kind en de ouders apart besproken. Bij het kind gaat het vooral over de leeftijd, de communicatie en de preoperatieve angst die kan voorkomen bij een operatie. De enquêtes die we hebben afgenomen, hebben we verweven in onze theorie. Zo konden we deze resultaten vergelijken met hetgeen we in de literatuur vonden.

Bij de ouders gaat het vooral over het al dan niet aanwezig zijn bij de inductie van de anesthesie. Wat zijn hiervan voor- en nadelen en hoe ervaren ouders dit?

Ook in ons praktisch deel hebben we een deel van de enquêtes verwerkt. Aan de hand van deze resultaten zijn we tot het idee gekomen om een prentenboekje te ontwerpen. Dit zou de voorbereiding van kinderen op een spoedoperatie mogelijk kunnen maken.

## Theoretisch deel

Onze bachelorproef gaat over de voorbereiding van kinderen op een spoedoperatie. Als we deze zin ontleden, zien we drie belangrijke begrippen terugkomen: voorbereiding, kinderen en spoedoperatie.

Eerst en vooral was de definitie van een spoedoperatie moeilijk te vinden. Daarom hebben we dit begrip zelf gedefinieerd. Iemand die voor een spoedoperatie in het ziekenhuis aanwezig is, zal een traject doorlopen waarbij hij/zij van de dienst spoedgevallen rechtstreeks naar het operatiekwartier gaat, zonder dat men enige tijd op een verpleegafdeling verblijft. Men spreekt dus van niet-geplande ingrepen.

Kinderen zijn alle personen jonger dan 18 jaar<sup>1</sup>. In onze bachelorproef hebben we ons vooral toegespitst op kinderen van twee tot twaalf jaar. Wanneer een kind in het ziekenhuis terecht komt, moet men steeds rekening houden met de rechten van het kind. Deze worden in het 'Handvest kind en ziekenhuis' benoemd. Dit kunnen jullie terugvinden in bijlage 1 op pagina 50.

Tot slot hebben we nog het begrip voorbereiding. We hebben ons hier op de communicatieve voorbereiding toegelegd om de preoperatieve angst te verminderen. Deze voorbereiding geldt niet enkel voor kinderen, maar ook voor de ouders. De ouders worden in punt 2 op pagina 24 besproken.

In onze literatuurstudie vonden we vooral informatie over het voorbereiden van kinderen op geplande ingrepen. Om meer informatie te krijgen over de voorbereiding op een spoedoperatie, hebben we enquêtes afgenomen bij de verpleegkundigen van de dienst spoedgevallen en recovery van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Dit zijn medewerkers die dagelijks geconfronteerd worden met kinderen die een spoedoperatie ondergaan. Zij begeleiden niet enkel het kind doorheen dit proces, maar ook de ouders.

We hebben in totaal 65 enquêtes bedeed in het Ziekenhuis Oost-Limburg waarvan we er 41 ingevuld teruggekregen hebben. Twaalf responsen zijn van de verpleegkundigen in de recovery, en 29 ingevulde enquêtes van de spoedverpleegkundigen.

---

<sup>1</sup> Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind



## Bachelorproef

---

De vragen hebben we opgesteld aan de hand van de informatie die we nodig hadden voor het schrijven van onze bachelorproef. Deze vragen kan u terugvinden in bijlage 2 helemaal achteraan.

Ook de ouders doorlopen het hele traject samen met hun kind. Dit is de reden waarom we ons ook geïnformeerd hebben bij ouders die zich al ooit in zo'n situatie bevonden. Zij zijn namelijk de inhoudsdeskundigen die ons met hun ervaringen kunnen verder helpen in onze bachelorproef.

Via <http://www.enquetemaken.be> hebben we een enquête online opengesteld met de vragen die u kan vinden in bijlage 3 helemaal achteraan. Deze enquête hebben we via de sociale netwerksite Facebook zoveel mogelijk gedeeld met vrienden en kennissen. In totaal hebben 58 mensen deze enquête ingevuld. Aan sommige antwoorden kunnen we zien dat deze niet over een spoedoperatie gaan, maar over een geplande ingreep. Hieruit kunnen we concluderen dat er toch zeker 50 ingevulde enquêtes zijn die ons kunnen helpen bij onze bachelorproef.

Deze enquêtes worden in ons praktisch deel nog verder toegelicht, maar ook in ons theoretisch deel gaat hier informatie over aan bod komen. Zo kunnen we zien dat er bepaalde zaken overeenkomen, maar ook tegenstrijdig zijn met de literatuur.

## 1. Het kind

### 1.1 De leeftijd van het kind

Het effect van een operatie op stress, angst en zelfredzaamheid is afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsstadium van het kind. Deze zijn weliswaar verwant, maar niet gelijkwaardig. In het algemeen verbetert het vermogen van een kind om deze concepten te begrijpen naargelang de leeftijd. Toch is het belangrijk om op te merken dat de chronologische leeftijd niet altijd overeen komt met het ontwikkelingsstadium. Interventies om de preoperatieve angst bij pediatrische patiënten te verminderen, moeten daarom ontworpen worden op basis van het ontwikkelingsstadium in plaats van de leeftijd van het kind (Lerwick, 2013).

Het gaat in onze bachelorproef over kinderen tussen de twee en twaalf jaar die met spoed geopereerd moeten worden. Om te zien hoe we deze kinderen het best kunnen benaderen, zijn de stadia van ontwikkeling zeer belangrijk. Erikson en Piaget ontwikkelden beiden een theorie rond deze ontwikkelingsstadia.

### De ontwikkelingsstadia van Erikson

Erikson definieerde acht ontwikkelingsstadia van de mens aan de hand van de omgeving waarin men is opgegroeid, de aangeboren eigenschappen en de ervaringen die men heeft opgedaan tijdens de specifieke levensfasen. Deze bleken een invloed te hebben op de persoonlijkheid van mensen (Lerwick, 2013).

De eerste vier ontwikkelingsstadia vinden plaats vanaf de geboorte tot de puberteit en leggen de basis voor het begrijpen van de emotionele behoeften van kinderen. De andere vier stadia komen voor vanaf de adolescentie.

In onderstaand overzicht worden de vier verschillende ontwikkelingsstadia van het kind besproken.

### Stadium 1: kindsheid (0 - 1,5 jaar)

#### **Vertrouwen vs. wantrouwen**

Tijdens de eerste 18 maanden ontstaat de ontwikkeling van vertrouwen of wantrouwen. Het vermogen van het kind om te vertrouwen is afhankelijk van de relatie met de ouders (Stewart, Algren, & Arnold, 1994). Als dit goed verloopt, durft men later in het leven anderen te vertrouwen.

In het ziekenhuis is het vooral van belang te weten dat kinderen van deze leeftijd worstelen met wantrouwen en angst. Het ziekenhuis is een vreemde omgeving voor het kind en vaak komt er een scheiding met de ouders aan te pas. Kinderen in deze fase zijn volledig fysiek en emotioneel afhankelijk van volwassenen en uiten hun angst grotendeels door te huilen (Dreger & Tremback, 2006).

### Stadium 2: vroege kindertijd (1,5 - 3 jaar)

#### **Autonomie vs. schaamte en twijfel**

De peuters in Eriksons tweede stadium strijden om autonomie in evenwicht te brengen met schaamte en twijfel. Ze ontdekken de kracht van hun eigen wil. Autonomie wordt bereikt als een peuter een taak alleen kan overwinnen. Dit overwinningsgevoel ontstaat wanneer kinderen beslissingen nemen, gevolgen ervaren en zichzelf kunnen verbeteren of kunnen accepteren dat anderen hen verbeteren (Lerwick, 2013).

Kinderen kunnen zich bedreigd voelen door veranderingen in routine of gebrek aan controle over de omgeving. Medische behandelingen verminderen het belangrijkste gevoel van controle voor kinderen, namelijk de mogelijkheid om te bepalen wat er gebeurt met hun eigen lichaam. Verzorgers moeten hen alle gelegenheden bieden om keuzes te maken die hen in staat stellen om zich autonoom te voelen. Peuters zijn gevoelig voor straf. Het is mogelijk dat ze het gevoel hebben dat de ziekenhuisopname een straf is voor wangedrag (Lerwick, 2013).

Als autonomie en onafhankelijkheid niet worden bereikt tijdens deze fase, kunnen kinderen geconfronteerd worden met schaamte en twijfel. Dit is vaak het gevolg van overbezorgde ouders. Wanneer ouders hen te veel beschermen en ze te weinig zelf laten doen, krijgen kinderen later in het leven de neiging om snel aan zichzelf te twijfelen en durven ze dus minder autonoom te handelen (Lerwick, 2013).

Een succesvolle afronding van deze fase resulteert in kinderen die in staat zijn om zelfstandig keuzes te maken binnen duidelijke grenzen. Beheersing van autonomie heeft een invloed op de latere ontwikkeling (Lerwick, 2013).

### Stadium 3: speelleeftijd (3 - 6 jaar)

#### **Initiatief vs. schuld**

In deze fase leert men zelf initiatief nemen, een doel stellen en daar naartoe werken. Als ouders hen hier niet in aanmoedigen of hen zelfs ontmoedigen, zal men later in het leven blijvend moeite hebben met het nemen van initiatief (Lerwick, 2013).

Kleuters verkennen alles met nieuwsgierigheid en verbeelding. Ze zijn in de ban van doelen en vragen. Kinderen van drie tot zes jaar zijn bezig met het creëren van activiteiten en avontuur. Ze verlangen naar macht en controle over hun omgeving. Een hoeveelheid initiatief is vereist om deze doelen te bereiken. Eriksons derde fase van de ontwikkeling wordt gekenmerkt door het vermogen van kinderen om volledige doelen te realiseren. Zo ontwikkelt een kleuter toegenomen cognitieve-, motorische- en taalvaardigheden (Lerwick, 2013).

#### **Interventies voor preoperatieve angst**

Door informatie te geven in duidelijke, eenvoudige en beknopte taal voorkomt de verpleegkundige verkeerde opvattingen. Men moet het zieke kind proberen gerust te stellen, wetende dat kinderen de neiging hebben om zichzelf de schuld te geven. Men moet respect hebben voor de privacy van het kind. Zo kan men beter niet vragen om zich uit te kleden met de deur of gordijnen open (Dreger & Tremback, 2006).

### Stadium 4: schoolleeftijd (6 - puberteit)

#### **Vlijt vs. minderwaardigheid**

In deze periode leren we allerlei vaardigheden die we nodig hebben om succesvol te kunnen zijn in de maatschappij: niet alleen belangrijke zaken als lezen en schrijven, maar ook verantwoordelijkheid nemen en met anderen omgaan. Schoolgaande kinderen zijn actieve studenten met een goed ontwikkelde taalvaardigheid. Hun sociale werelden breiden uit naar leeftijdsgenoten, maar ook volwassenen zijn vaak rolmodellen voor hen. (Lerwick, 2013)

Deze kinderen worden ijverig als ze herhaaldelijk meerdere taken overwinnen zowel in de klas als hierbuiten. Gebrek aan succes leidt echter tot ontoereikendheid en maakt het ego kwetsbaar. Wanneer dit gebeurt zullen kinderen waarschijnlijk opgeven of terugvallen in een eerder stadium met een verhoogde vatbaarheid voor angst. Deze kinderen vinden een ziekenhuisopname zeer onaangenaam wegens de veranderingen van dagelijkse routines. Ook vertonen zij meer angst zonder voorbereiding vanwege hun toegenomen vermogen om informatie te verwerken (Lerwick, 2013).

## Interventies voor preoperatieve angst

Verpleegkundigen moeten deze kinderen aanmoedigen om actief deel te nemen en onafhankelijkheid te tonen. De verpleegkundige kan bijvoorbeeld het kind laten kiezen welk geurend masker hij/zij wil. De verpleegkundige kan het best direct naar het kind toe spreken in plaats van over het kind heen met de ouders.

De verpleegkundige moet het kind verder informeren over wat hij of zij kan verwachten tijdens een operatie, zoals bijvoorbeeld de duur, de operatiewonden en het ontwaken in de recovery. De verpleegkundige moet simpele woorden gebruiken om de items uit te leggen die te zien zijn in de operatiekamer.

Afleidingstechnieken zijn ook effectief voor deze leeftijdsgroep. Men kan het kind ook betrekken door het stellen van vragen over bijvoorbeeld interesses (Dreger & Tremback, 2006).

Deze gegevens hebben we samengevoegd in onderstaand overzicht.

	Kenmerken	Interventies voor preoperatieve angst
Stadium 1: 0 – 1,5 jaar	- Gevoelig voor scheiding met ouders	- Ouders zo veel mogelijk bij het kind laten
Stadium 2: 1,5 – 3 jaar	- Gevoelig voor verandering in routine en verlies van controle - Gevoelig voor straf	- Zelf keuzes laten maken
Stadium 3: 3-6 jaar	- Veel verbeelding - Toegenomen vaardigheden: motorisch, cognitief	- Informatie in duidelijke en eenvoudige taal - Kind gerust stellen - Respect voor privacy
Stadium 4: 6 jaar - puberteit	- Toegenomen vermogen om informatie te verwerken: lezen & schrijven - Uitbreiding van sociale contacten - Meer verantwoordelijkheid	- Aanmoedigen tot actief deelnemen - Informatie over de operatie in simpele woorden - Afleidingstechnieken

Tabel 1: kenmerken van het kind volgens de stadia van Erikson.

### De ontwikkelingsstadia van Piaget

Piaget veronderstelde dat kinderen gebruik maken van structuren of schema's om betekenis te geven aan hun leefwereld. Deze schema's worden aangepast na verloop van tijd, door zowel accommodatie als assimilatie. Bij assimilatie voegt het kind nieuwe elementen toe in bestaande structuren en past zo zijn omgeving aan zijn mogelijkheden aan en bij accommodatie past het kind zich aan de mogelijkheden van de omgeving aan.

Piaget ontwikkelde vier stadia voor het kind. Deze worden in de volgende puntjes besproken.

### Senso-motorische fase (0 - 2 jaar)

In deze fase leert het kind gebruikmaken van zijn vijf zintuigen en bewegingen. Voor het grootste deel zijn de verbale vermogens beperkt bij kinderen jonger dan twee jaar oud en hierdoor kunnen zij geen woorden gebruiken om hun emoties en ervaringen over te brengen. De kinderen in deze groep zijn voor hun psychische en lichamelijke behoeften afhankelijk van hun verzorgers (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

De grootste stressfactor van een chirurgische procedure voor zuigelingen en peuters is de scheiding van hun ouders. De leden van het chirurgisch team, die vreemde kledij aanhebben, kunnen ook toenemende angst veroorzaken (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

### Het voorbereiden van kinderen in de senso-motorische fase

Omdat de scheiding met de ouders een belangrijke bron van stress is voor deze leeftijdsgroep, moeten de ouders aangemoedigd worden om zoveel mogelijk bij hun kinderen te blijven waar mogelijk is. Het komt er dus op neer dat, indien mogelijk, de ouders aanwezig zijn op het moment van de anesthesie-inductie. De aanwezigheid van ouders tijdens de anesthesie-inductie heeft gemengde resultaten met betrekking tot het verminderen van preoperatieve angst. Zo kan bijvoorbeeld de aanwezigheid van een ouder zonder passende opleiding en/of het beheer van hun persoonlijke angst een reden zijn voor toenemende angst bij kinderen (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

Als het medisch gezien mogelijk is, moeten ouders ook zo snel mogelijk aan het bed in de recovery kunnen staan, om zo verlatingsangst te verminderen. Wanneer de ouders niet aanwezig kunnen zijn, moet men voor zintuiglijke afleiding zorgen bij het kind zoals kleur. Zo kan men bijvoorbeeld op de recovery felle kleuren en tekeningen op het plafond en de muren schilderen om zo de aandacht van het kind af te leiden. Dit is de belangrijkste strategie om angst bij deze jonge patiënten te verminderen (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

Dit komt ook heel vaak terug in onze enquête van de ouders. Zij vinden het heel belangrijk dat ze zo lang mogelijk bij het kind kunnen blijven. Dit wordt nog verder besproken in punt 2.3 en in ons praktisch deel.

### Pre-operationele fase (2 - 7 jaar)

In de pre-operationele fase bevinden zich de leeftijden tussen twee en zeven jaar. Kinderen in deze fase leven in een fantasiewereld en zijn egocentrisch. Dit wil zeggen dat men zich moeilijk in een ander zijn standpunt kan plaatsen. Ze hebben niet het vermogen om logisch of abstract te denken, maar zijn wel in staat om simplistische begrippen zoals oorzaak en gevolg te begrijpen. Men kan bepaalde zaken dus niet voorstellen omdat men deze niet in de realiteit kan waarnemen. Verbaal zijn ze veel vloeiender, maar ze hebben de neiging om woorden en concepten, die abstract denken vereisen, verkeerd te begrijpen. Bijvoorbeeld het 'doorspoelen' van een intraveneuze katheter kan hun het beeld geven van een 'toilet' (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

Een strategie die kinderen in deze fase gebruiken om ziekte, letsel of een operatie uit te leggen is immanente gerechtigheid. Dit wordt gebruikt door kinderen die denken dat hun ziekte te maken heeft met iets wat ze hebben fout gedaan, bijvoorbeeld: 'Ik ben ziek omdat ik mijn broer wou slaan' (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

### **Het voorbereiden van kinderen in de pre-operationele fase**

Voorschoolse en schoolgaande kinderen kunnen afgeschrikt worden door de chirurgische kledij en de ervaring dat ze gescheiden worden van hun ouders. Indien het mogelijk is, mag de preoperatieve voorbereiding niet meer dan 24 uur op voorhand gebeuren (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

Zoals eerder beschreven, maken kinderen in deze leeftijdsgroep gebruik van 'immanente gerechtigheid' om hun ziekte en/of de noodzaak van chirurgie te beschrijven. Ze geloven dat ze iets 'fout' hebben gedaan en dat ze de ziekte hierdoor 'verdienen'. Daarom is het belangrijk dat men uitlegt wat de oorzaak van het probleem is en waarom ze in het ziekenhuis verblijven (Stewart, Algren, & Arnold, 1994). Dit zal dan het schuldgevoel verminderen en het kind zal zich minder zorgen maken over de 'straf'.

### Concrete operationele fase (7 - 11 jaar)

Als kinderen terechtkomen in de concrete operationele fase, ergens rond de leeftijd van zes of zeven jaar, krijgen ze het vermogen tot rationeel en abstract denken en zijn ze minder egocentrisch. Ze ontwikkelen in deze fase de capaciteit van het hypothetisch deductief redeneren. Hierbij gaat men problemen proberen op te lossen door logische conclusies te trekken, op basis van uitkomsten. Een voorbeeld hiervan is: 'alle vogels zijn dieren, alle zwanen zijn vogels. Hieruit kan men concluderen dat alle zwanen dieren zijn'. Ook kunnen ze de wereld bekijken vanuit meerdere perspectieven (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

De stressfactoren voor deze kinderen zijn misvattingen over chirurgie, angst voor pijn of verminking en angst voor de scheiding van familie. Ook veel schoolgaande kinderen geloven dat de operatie een straf is voor wat ze verkeerd hebben gedaan (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

### Het voorbereiden van kinderen in de concrete operationele fase

Kinderen in deze leeftijdsgroep kunnen een scheiding van hun ouders beter aanvaarden. Ze zijn in toenemende mate meer in staat om concepten van ziekte te begrijpen. De timing van het ontvangen van informatie over een aanstaande operatie is belangrijk. In het algemeen is het geven van informatie aan een kind in dit ontwikkelingsstadium een week op voorhand niet aan te raden. Echter is het voor bepaalde kinderen dan weer wel aangeraden dat ze deze informatie tijdig ontvangen. Zo hebben ze extra tijd om dit te accepteren en om antwoorden te krijgen op hun vragen (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

### Formele operationele fase (> 11 jaar)

Kinderen in deze leeftijdsgroep gaan meer vooruit denken. Het vermogen tot abstract denken verbetert en ze hebben een beter inzicht in de oorzaak van de ziekte. In tegenstelling tot de vorige fasen kunnen hier meerdere oorzaken in aanmerking komen voor een ziekte. De groei in de cognitieve ontwikkeling zorgt ervoor dat men meer uitleg kan geven over de ziekte en behandeling (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

In deze leeftijdsgroep zijn de stressfactoren onder meer het gebrek aan onafhankelijkheid en autonomie tijdens de opname, de zorgen over cosmetische gevolgen en eventuele littekens van de operatie en het gebrek aan privacy (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).



### Het voorbereiden van kinderen in de formele operationele stadium

In tegenstelling tot jongere kinderen vereisen de jongeren in dit stadium een voorbereiding van minimum zeven tot tien dagen vooraf en een gedetailleerde uitleg over de procedure en de preoperatieve gebeurtenissen. Zo kunnen ze beter omgaan met preoperatieve angst en stress. Deze jongeren zullen zich meer bezig houden met de mogelijke effecten van het lichaamsbeeld en de fysieke verschijning. Daarom is een goede toelichting over de mogelijke fysieke impact van de ingreep belangrijk (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

Voor deze jongeren is er een verhoogde behoefte aan privacy en het is daarom ook van essentieel belang dat men een sfeer creëert die het mogelijk maakt dat er vragen openlijk beantwoord kunnen worden doorheen het hele herstelproces (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013).

	Sensomotorische fase	Pre-operationele fase	Concrete operationele fase	Formele operationele fase
<b>Leeftijden</b>	0 - 2 jaar	2 - 7 jaar	7 - 11 jaar	> 11 jaar
<b>Hoeveel dagen op voorhand informeren?</b>	/	< 24 h vooraf	< 1 week vooraf	7 - 10 dagen vooraf
<b>Bijzonderheden</b>	- Ouders zo snel mogelijk aan het bed in de recovery.	- Zien de operatie als een straf.	- Begrijpen concepten van ziekte beter - Scheiding beter aanvaarden.	- Verhoogde behoefte aan privacy.

Tabel 2: voorbereiding van het kind volgens de stadia van Piaget.

### Wat vertellen de enquêtes ons?

In onze enquêtes hebben we aan de ouders gevraagd: 'Kreeg uw kind voldoende informatie over zijn/ haar operatie?' Uit de antwoorden blijkt dat zij vinden dat kinderen rond de leeftijd van twee jaar nog te jong zijn om de informatie over een ingreep te vatten. Vaak wordt deze informatie niet op maat van het kind gegeven. Bovenstaande ontwikkelingsstadia vertellen ons dat kinderen per stadia informatie anders opvatten en in staat zijn om deze te begrijpen. Men moet dus proberen zo weinig mogelijk moeilijke woorden te gebruiken in het bijzijn van het kind. Uit onze enquête blijkt ook dat men het meest wordt voorbereid door de arts. De arts geeft meestal de uitleg aan de ouders en vaak wordt dan van hen verwacht dat zij deze informatie doorspelen aan hun kind.

### 1.2 Preoperatieve angst

Deskundigen melden dat pijnlijke procedures veel emotioneel ongemak en angst veroorzaken bij jonge patiënten. Onder deze stressfactoren vallen de venapunctie, de preoperatieve injectie, het afscheid van de ouders voorafgaand aan de operatie, de anesthesie-inductie en het omgaan met postoperatieve pijn. Angst bij kinderen kan verminderd worden wanneer men deze vervangt door gezonde copingmechanismen. De copingmechanismen om angst te verminderen worden op pagina 17 besproken (Lerwick, 2013).

#### Risicofactoren voor preoperatieve angst

Angst in het ziekenhuis wordt meestal gezien bij de patiënten die opgenomen zijn voor chirurgische ingrepen. Er is een duidelijk verband tussen hospitalisatie en grote mate van angst bij kinderen. De leeftijd van het kind, de duur van de ziekenhuisopname, eerdere ziekenhuisopnames en de mate van angst bij de ouders zijn sterk gecorreleerd met de angstreacties bij kinderen die worden voorbereid op een operatie. Ook het gevoel van gevaar en verlies van controle verhogen angst. Een gewond kind wordt hier vaak mee geconfronteerd (Lerwick, 2013)

Ook worden de bezorgdheid en kritiek van ouders tijdens medische procedures en ziekenhuisopnames vaak geassocieerd met verhoogde angst bij het kind. Dit kan gaan tot overmatige geruststelling of empathie. Er is dus ook bewijs dat het omgekeerde waar is: kalme ouders helpen hun kind beter om te gaan met medische procedures. (DeMaso & Snell, 2013)

#### De psychobiologie van de scheiding

Voor de ontwikkeling van het kind is het noodzakelijk dat hij/zij leert omgaan met de scheiding van een ouder. Deze ervaringen krijgen zij door bijvoorbeeld naar school te gaan. Een andere ervaring van scheiding, zoals de scheiding van de ouders voor een operatie, kan angst en verwarring teweegbrengen bij het kind (McCann & Kain, 2001).

In de eerste weken van hun leven zijn baby's niet in staat om onderscheid te maken tussen mensen. Het kind zal de verzorging aanvaarden van andere volwassenen dan hun ouders. Op de leeftijd van 3 maanden zal de zuigeling echter verschillend beginnen reageren op bekende en onbekende mensen. Oudere baby's lachen meer bij bekende mensen en proberen zelfs hun aandacht te trekken. De heftigheid van verlatingsangst neemt dus toe met de leeftijd. Dit komt grotendeels door de toenemende cognitieve vaardigheden en de geheugencapaciteit (McCann & Kain, 2001).

De mate waarin de scheiding traumatisch is of aangepaste reacties oproept bij het kind, hangt af van de ontwikkelingsleeftijd, het individueel kind, de ervaringen van ouders, de genetische aanleg en de stabiliteit van de omgeving waarin het kind zich bevindt. Voor kinderen met biologische kwetsbaarheden, zoals een overgevoeligheid voor nieuwigheden en overgangen, kunnen zelfs verwachte scheidingen een grote maat van stress teweegbrengen. Hoe goed kinderen begeleid worden tot wanneer het kind gescheiden wordt van zijn ouders, beïnvloedt hun reactie op de stress (McCann & Kain, 2001).

### Preoperatieve angst op basis van het gedrag

De meeste studies suggereren dat programma's voor de preoperatieve voorbereiding de angst bij het kind verminderen en er voor zorgen dat kinderen hier beter mee kunnen omgaan. Deze programma's zijn aanzienlijk geëvolueerd in de afgelopen decennia.

In de jaren '60, werden er programma's ontworpen om informatie te verschaffen en om vertrouwen tussen het ziekenhuispersoneel, het kind en de ouders te vergemakkelijken. In de jaren '70, werden technieken ontwikkeld waar kinderen indirect ervoeren hoe de preoperatieve fase verloopt. Dit werd gedaan met behulp van poppen of door het bekijken van een video. Deze technieken werden uitgebreid in de late jaren '80 met levensechte voorbereiding van het kind. Dit werd ook gedaan door het aanleren van coping vaardigheden aan het kind. Momenteel wordt de ontwikkeling van coping vaardigheden beschouwd als de meest effectieve interventie voor de preoperatieve voorbereiding (McCann & Kain, 2001).

Programma's om het kind psychologisch voor te bereiden, moeten worden afgestemd op de individuele behoeften van het kind zoals de leeftijd, het ontwikkelingsstadium en eerdere ervaringen.

Aangezien verhoogde angst bij ouders leidt tot verhoogde angst bij het kind, is er behoefte aan maatregelen die specifiek zijn ontworpen voor ouders. Cassady et al. (1999) hebben aangetoond dat de preoperatieve angst bij ouders afneemt na het bekijken van een educatieve videoband. Men stelt voor dat er meer interventies voor ouders ontwikkeld moeten worden en dat de angst van een kind moet worden geëvalueerd (Cassady, Wysocki, Miller, & al., 1999).

### Coping

Een ziekenhuisopname op zichzelf is een intense ervaring voor kinderen. Een opname brengt vaak het verlies van privacy en onafhankelijkheid, de verstoring van dagelijkse routines en de scheiding van hun familie met zich mee (DeMaso & Snell, 2013).

Er zijn een aantal coping-strategieën die het omgaan met de operatie en de ziekenhuisopname van het kind en ouders kunnen verbeteren.

### Copingstijlen

Een copingstijl wordt gedefinieerd als het geheel van cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties op stressoren. De copingstijl van een kind hangt af van de beschikbare eigenschappen zoals probleemoplossende vaardigheden, sociale vaardigheden, sociale steun, gezondheid, energieniveau, positieve overtuigingen, ontwikkelingsniveau, familiale en materiële middelen. De copingstijl van een kind speelt mee bij de voorbereiding op pediatrische chirurgie (DeMaso & Snell, 2013).

Hieronder worden twee classificatiesystemen voor coping besproken:

Het eerste classificatiesysteem maakt onderscheid tussen aanpakgerichte en vermijdingsgerichte coping. Aanpakgerichte coping verwijst naar gedragingen en gedachten die gericht zijn op het beheer van de stressfactoren en/of de gevoelens die het oproept. Deze stijl bevat vragen over de operatie en de ziekenhuisopname, het tonen van interesse in medische apparatuur en op zoek gaan naar emotionele en sociale steun voorafgaand aan de procedures. Vermijdingsgerichte coping verwijst naar gedragingen en gedachten die gericht zijn op het voorkomen van ervaringen met de stressfactoren op fysiek, cognitief en emotioneel niveau. Voorbeelden hiervan zijn het weigeren om vragen te beantwoorden en doen alsof ze slapen. Kinderen met een aanpakgerichte copingstrategie lijken beter te reageren wanneer ze geconfronteerd worden met medische stressfactoren dan degenen met een vermijdende stijl (DeMaso & Snell, 2013).

Het tweede classificatiesysteem maakt onderscheid tussen probleemgerichte en emotiegerichte strategieën. Probleemgerichte strategieën zijn gericht op het veranderen van de stressoren of de bijhorende externe omstandigheden. Emotiegerichte strategieën zijn daarentegen gericht op het reguleren van emotionele reacties op de stressfactoren. Bij acute stress voor een operatie zijn emotiegerichte copingstrategieën meer adaptief omdat de stressfactor, d.w.z. de medische behandeling, onvermijdelijk is (DeMaso & Snell, 2013).

### Wat vertellen de enquêtes ons?

In de enquêtes hebben we de vraag gesteld of het belangrijk is dat een kind goed geïnformeerd wordt voordat hij/zij naar de operatiezaal gaat. De meerderheid van onze professionals zijn van mening dat goede informatie aan het kind de angst kan reduceren. Volgens sommige verpleegkundigen is het vooral angst voor het onbekende wat toeslaat bij deze kinderen. Er is een verpleegkundige van de recovery die zegt dat de informatie best door een verpleegkundige gegeven kan worden, omdat de verpleegkundige vaak het meest vertrouwde gezicht is voor het kind.

Voor de verpleegkundigen van de recovery merken verschillen tussen onvoorbereide en goed voorbereide kinderen. Ze geven aan dat goed voorbereide kinderen vaak rustige patiënten zijn. Ze durven voor en na de operatie vaak beter aan te geven dat ze pijn hebben. Wat ook opmerkelijk is, is dat rustige ouders een rustig kind met zich meebrengen. Vandaar dat de informatie naar de ouders toe ook zeer belangrijk is.

Uit de enquêtes van ouders blijkt dat ongeveer 4 kinderen op 10 onvoorbereid naar de operatiezaal gaan. Bij deze kinderen is vaak veel angst te merken. Omdat een kwart van de ouders niet goed voorbereid worden op de ingreep, vertonen zij ook meer angst. Een ouder geeft toe dat ze zelf in paniek was en dat ze deze angst overbracht op haar kind.

### 1.3 Communicatie met het kind

Het is belangrijk dat men weet op welke manier er met kinderen gecommuniceerd moet worden. Er zijn een aantal principes die we als verpleegkundigen in het achterhoofd moeten houden, als we kinderen willen voorbereiden op een operatie.

#### Algemene principes

Ongeacht de leeftijd van het kind zijn er een aantal gemeenschappelijke beginselen, die aan de basis liggen van een goede relatie met de pediatrische patiënt. Het meest essentiële om te onthouden is dat deze patiënten op de eerste plaats kinderen zijn en op de tweede plaats pas patiënten.

Kinderen vinden het aangenaam als men interesse toont in hun hobby's, familie, vrienden, school en huisdieren. Het netwerk waarin een kind leeft, is van cruciaal belang voor zijn gezondheid en welzijn. Bij de eerste ontmoeting met de arts of de verpleegkundige is het belangrijk dat er interactie is met het kind en de familie, ongeacht de leeftijd. Voor een jonger kind dat bang is van een 'vreemdeling', kan deze ontmoeting eerder beperkt zijn tot een glimlach. Naarmate het kind ouder wordt, zal hij steeds meer een centrale rol spelen in deze interactie met de zorgverlener (Rackley & Bostwick, 2013).

Tot slot hebben hulpverleners vaak de neiging om volledige openheid met hun jonge patiënten te vermijden. Dit wordt gedaan om het mogelijk ongemak van een procedure of een slechte prognose te minimaliseren. Als men professioneel wilt handelen, vraagt dit eerlijkheid in de interactie met elke patiënt, zelfs met de allerkleinsten. Door het registreren van tonen in de stem, de tranen van de ouders na een gesprek of het opvangen van stukken van een gesprek, zijn zelfs kleuters in staat om slecht nieuws aan te voelen. Kinderen hebben een actieve verbeelding en hun angsten en fantasieën over dit slechte nieuws zijn vaak meer beangstigend dan de waarheid. Daarom kan men best een eerlijke houding aannemen tegenover alle patiënten en hun familie (Rackley & Bostwick, 2013).

### Communicatie op verschillende leeftijden

Ook het ontwikkelingsniveau speelt mee in het vermogen van een kind om informatie, gerelateerd aan de gezondheid, te verwerken, om te redeneren over de oorzaak en om zich te houden aan medische behandelingen na bijvoorbeeld een operatie.

### Zuigelingen en peuters

Bij de verzorging van baby's ligt de algemene focus van de relatie tussen zorgverlener en patiënt vooral op de ouders. Toch zijn deze kinderen zich bewust van wat er om hen heen gebeurt. Structuur en voorspelbaarheid zijn heel belangrijk voor alle kinderen. Een glimlach of een compliment naar het kind toe toont aan dat de zorgverlener interesse toont in het kind (Rackley & Bostwick, 2013).

Aangezien het niet bekend is vanaf welke leeftijdsgroep de voorbereiding nuttig kan zijn, is Thomas Hathaway (1999) van mening dat elk kind dat het gesproken woord kan begrijpen moet worden voorbereid.

De ouders van deze kinderen zijn belangrijk voor de voorbereiding van hun baby of peuter. Zij kunnen emotioneel en fysiek comfort bieden. Het is belangrijk om ouders te stimuleren om zoveel mogelijk bij het kind te blijven waar mogelijk is, zoals bijvoorbeeld bij de anesthesie-inductie (Rackley & Bostwick, 2013).

### Kleuters

Kleuters hebben de neiging om gebeurtenissen te interpreteren als resultaten van hun gedachten of handelingen. Ze kunnen moeilijk begrijpen dat dingen ongedaan gemaakt kunnen worden of kunnen omkeren. Ze zijn heel fantasierijk, maar ook leergierig en zeer geïnteresseerd in de wereld om hen heen. Kinderen in dit stadium gaan meer relaties opbouwen en leren hoe ze hun wil kunnen uitoefenen. Voor hun is het echter niet evident om de gevoelens en het perspectief van anderen te begrijpen (Stewart, Algren, & Arnold, 1994).

Studies hebben aangetoond dat kinderen van drie jaar al duidelijk in staat zijn om informatie te ontvangen en te verwerken zodat ze een relatie kunnen opbouwen met de zorgverlener. Deze kinderen ontwikkelen zelfstandigheid en dit moet aangemoedigd worden door het kind te laten deelnemen aan het bezoek aan het ziekenhuis. Ze kunnen bijvoorbeeld aangemoedigd worden door zelf vragen te laten beantwoorden (Rackley & Bostwick, 2013).

Een voorbeeld hiervan is: 'Kan je mij laten zien waar je buik pijn doet?'. Ook tijdens het onderzoek zelf, moet deze autonomie aangesproken worden, door ze bijvoorbeeld de keuze te geven in welk oor je eerst zal kijken. Als de kinderen echt angstig zijn tijdens het onderzoek kan je ze eventueel eerst de onderzoeksmaterialen laten bekijken zoals bijvoorbeeld de stethoscoop.

### 6 - 12 jarigen

De meeste kinderen hebben op deze leeftijd de cognitieve capaciteit om logische principes en omkeerbaarheid van situaties te begrijpen. Ze zijn niet langer gebonden aan alleen hun eigen waarnemingen maar ze kunnen begrijpen dat anderen verschillende invalshoeken hebben (Lerwick, 2013).

De technieken die helpen om kleuters te betrekken, zijn ook gunstig voor oudere kinderen. Zij zijn vaak minder nerveus dan kleinere kinderen, maar toch moet je steeds het kind blijven betrekken. Zo kan je bijvoorbeeld vragen naar de favoriete activiteiten van het kind, de huisdieren of vrienden om hen meer gerust te stellen (Rackley & Bostwick, 2013).

De meeste kinderen op deze leeftijd zijn gefascineerd door het lichaam. Sommigen vinden het fijn als je ze bezighoudt met gedetailleerde uitleg over de onderzoeken. Ook posters, 3D-modellen en animaties zijn bruikbaar voor kinderen, om hun ziekte en behandeling te kunnen begrijpen (Rackley & Bostwick, 2013).

Het is belangrijk dat deze kinderen realistische verwachtingen hebben over hoe ze zich zullen voelen na de operatie. Je moet ze dus vertellen hoeveel pijn ze kunnen verwachten na de ingreep. Je moet de kinderen en de familie hierna gerust stellen met informatie over hoe ze deze pijn gaan aanpakken. Je moet ook duidelijk zijn over wat er van hen verwacht wordt, zoals bijvoorbeeld niet onmiddellijk eten of drinken na de ingreep (Rackley & Bostwick, 2013).

Kinderen van deze leeftijd stellen vaak gerichte vragen om te proberen begrijpen wat er allemaal gaat gebeuren en ze verdienen hierop een eerlijk antwoord. Als hun ervaringen sterk afwijken van wat er werd verteld, zullen ze in de toekomst moeite hebben om deze personen nog te vertrouwen. Uiteraard zijn er onvoorziene omstandigheden, zoals eventuele complicaties, die kunnen voorkomen. Dan is het nodig om de patiënt en de familie zo goed mogelijk te betrekken bij de nieuwe behandeling van deze complicaties (Rackley & Bostwick, 2013).



### Tactiek om het kind te informeren over de operatie

Het voorbereiden van het kind en de familie voor een operatie kan angst, verdriet en boosheid verminderen. Wanneer deze gevoelens niet worden aangepakt, kunnen er een aantal negatieve complicaties ontstaan na een operatie zoals bijvoorbeeld postoperatieve pijn, slaapproblemen en delirium. Om het vertrouwen te bevorderen bij het kind en misverstanden en angst te verminderen, is het belangrijk dat de nodige informatie over de operatie gegeven wordt (DeMaso & Snell, 2013).

Het is belangrijk dat men vooraf bepaalt welke informatie het kind wilt en moet krijgen voor de operatie. Dit wordt het best beoordeeld door het kind aan te moedigen om vragen te stellen over wat ze graag willen weten over de operatie (DeMaso & Snell, 2013).

Het is ook belangrijk om open en eerlijk te zijn met kinderen. Men moet informatie geven over de operatie die geschikt is naargelang de leeftijd. Men kan het kind informeren over wat ze zullen zien, voelen, horen of ruiken tijdens en na de operatie, zoals bijvoorbeeld het anesthesiemaskertje. Als de informatie die het kind werd verteld vals blijkt te zijn, zal er minder vertrouwen zijn in de toekomst (DeMaso & Snell, 2013).

Ouders willen vaak weten hoe ver van tevoren ze hun kind moeten informeren over de operatie. Het ideale moment is afhankelijk van het ontwikkelingsniveau waarin ze zich bevinden. Hoe ouder het kind is en hoe meer hij of zij ontwikkeld is, hoe eerder het geïnformeerd moet worden over de komende operatie. Een handige vuistregel is dat kinderen voorbereid moeten worden zoveel dagen op voorhand gelijk aan hun chronologische leeftijd in jaren. Als een kind bijvoorbeeld vijf jaar is, zou men dit kind vijf dagen op voorhand moeten voorbereiden. Dit geldt voor kinderen met een normale ontwikkeling (DeMaso & Snell, 2013).

### Wat vertellen de enquêtes ons?

In onze enquête stelden we volgende vraag aan de verpleegkundigen: “Vinden jullie het belangrijk dat deze kinderen voorbereid kunnen worden?”. Van de 41 ingevulde enquêtes zijn er 40 verpleegkundigen die het belangrijk vinden dat een kind goed voorbereid naar de operatiezaal gaat. Volgens sommigen van deze professionals is het afhankelijk van de leeftijd welke informatie je al dan niet aan het kind moet geven. Eén verpleegkundige die werkzaam is op de dienst spoedgevallen, denkt dat het kind pas zal begrijpen wat er gaat gebeuren vanaf een leeftijd van ± vier jaar. Een andere verpleegkundige, werkzaam op de recovery, geeft aan dat dit pas vanaf een leeftijd van zes jaar zal lukken, omdat een kind dat jonger is, moeilijker kan begrijpen wat er allemaal gaat gebeuren.

Er zijn een tiental verpleegkundigen, die ook veel belang hechten aan de informatie die aan de ouders gegeven wordt. De reden hiervoor is dat men als ouder zijn eigen kind het best kent. Angst bij het kind kan verminderd worden als de goed geïnformeerde ouder deze informatie op maat van het kind kan overbrengen. Een verpleegkundige van de recovery zegt dat er helaas weinig tijd is om het kind goed te informeren en dat men dus hoopt dat de ouder deze taak op zich neemt en zo het kind verder kan begeleiden in dit traject.

Aan de ouders stelden wij de vraag: "Kreeg u, als ouder, voldoende informatie over de ingreep?" Drie op vier ouders geven aan voldoende uitleg gekregen te hebben over de operatie van hun kind. Het blijkt uit onze enquêtes dat er het meest gecommuniceerd wordt met de ouders i.v.m. de operatie in plaats van met het kind. Wanneer dit met het kind gebeurt, is dit vaak niet op het niveau van het kind. Men gebruikt te moeilijke woorden die het kind niet kan verstaan of verkeerd kan interpreteren. Er zijn een aantal factoren die de mate van het begrijpen van informatie beïnvloeden namelijk de toestand van het kind en de leeftijd. Wanneer het kind niet bij bewustzijn is of zeer angstig is, gaat hij/zij geen informatie opnemen. Ook zeggen de ouders dat een kind van twee jaar nog veel te jong is om gesproken uitleg te begrijpen. Dat is ook de reden waarom wij ons vooral gebaseerd hebben op de voorbereiding van kinderen van twee tot twaalf jaar.

Een aantal ouders zeiden dat de hulpverleners verwachten dat zij de gekregen informatie vertellen aan het kind. Dit heeft voor- en nadelen. Soms begrijpen de ouders de gekregen uitleg zelf niet goed en weten ze niet hoe ze dit aan hun kind moeten uitleggen. Anderzijds zijn zij wel degenen die weten hoe ze iets moeten aanbrengen bij hun kind omdat zij hun het best kennen. Als de ouders echter zelf te angstig zijn, gaan ze deze angst overbrengen op het kind. Er zijn ouders die aangeven dat ze goed betrokken werden bij de hele procedure, anderen zeggen net het omgekeerde. Meestal speelde de urgentie van de ingreep hierbij een rol.

## 2. De ouders

Als ouder is het logisch dat men zich afvraagt wat er met hun kind gaat gebeuren voor, tijdens en na een operatie. We denken wel dat iedere ouder zijn kind zo lang mogelijk wil begeleiden in dit traject. Hieronder bespreken we het protocol dat in het Ziekenhuis Oost-Limburg wordt gehanteerd in verband met de aanwezigheid van ouders bij een operatie. Ook gaan we stilstaan bij het feit waarom ouders al dan niet aanwezig mogen zijn bij de inleiding van de anesthesie.

De ervaring met een operatie kan traumatisch zijn voor gezinnen van pediatrische patiënten. Ouders moeten ook omgaan met een verstoring in hun routines, evenals angsten en zorgen die ze kunnen hebben over het welzijn van hun kind. Door ouders een actieve rol te laten innemen bij de voorbereiding van het kind, zijn ze beter in staat om deze nieuwe ervaring te beheersen en niveaus van stress te verminderen.

### 2.1 Protocol: afspraken met betrekking tot aanwezigheid van ouders in het operatie-kwartier in het ZOL

Bij de behandeling van kinderen in het operatiekwartier is de aanwezigheid van één ouder bij het kind tijdens het ontwaken mogelijk.

De modaliteiten hieromtrent worden vastgelegd door de medisch coördinator van het operatiekwartier. Hij/zij bepaalt of de aanwezigheid van één ouder toegelaten of niet wenselijk is, gezien contra-indicaties.

De expliciete vraag van ouders om aanwezig te zijn bij de behandeling van hun kind in het operatiekwartier wordt op voorhand besproken tussen de ouders en de medisch verantwoordelijke van het operatiekwartier.

- Bij mentaal geretardeerden (en meestal zeer angstige kinderen) wordt de drempel voor aanwezigheid van een ouders bij de inductie zeer laag gehouden.
- Aanwezigheid van ouders betekent praktisch:
  - Eén van beide ouders vergezelt het kind in het operatiekwartier.
  - De begeleidende ouder vertrekt uit het operatiekwartier nadat de anesthesie werd gestart.

Bij het ontwaken in recovery worden kinderen visueel gescheiden van volwassenen.

(Lemmens, Heylen, Thomassen, & Van Camp, 2011)

### 2.2 Begeleiding van kinderen in het operatiekwartier

Het ondergaan van een ingreep is een ingrijpende gebeurtenis voor een kind. De aanwezigheid van een ouder, voogd of vertrouwenspersoon tot na de inductie zorgt ervoor dat de ouder, voogd of vertrouwenspersoon het kind gerust kan stellen en zich veiliger voelt. Dit beleid is onderdeel van een kindvriendelijk beleid in het ziekenhuis Oost-Limburg. Het is van toepassing voor alle geplande ingrepen bij kinderen.

Artsen en verpleegkundigen informeren de ouders/voogd of vertrouwenspersoon over de mogelijkheid om het kind te begeleiden in het operatiekwartier tot na de maskerinductie. Wanneer een kind een geplande ingreep dient te ondergaan wordt er aan één ouder, voogd of vertrouwenspersoon de mogelijkheid geboden om bij het kind te blijven tot na de maskerinductie.

De anesthesist/chirurg behoudt het recht om de begeleiding van een ouder, voogd of vertrouwenspersoon te weigeren. In het dossier wordt de reden van weigering gemotiveerd door de anesthesist/chirurg.

Wanneer begeleiding niet mogelijk is tot inductie (omwille van architectuur OK/ privacy andere patiënten) neemt de begeleider van het kind afscheid in het SAS van het operatiekwartier.

Dit beleid is van toepassing voor alle geplande ingrepen bij kinderen (Liesens, 2013).

### 2.3 Aanwezigheid van ouders bij de inductie van anesthesie

Ouders en kinderen verkiezen samen te blijven tijdens medische procedures zoals vaccinaties, tandheelkundige ingrepen en de anesthesie-inductie. Uit bepaalde gegevens blijkt echter dat de aanwezigheid van ouders tijdens de anesthesie-inductie (PPIA<sup>2</sup>) is toegestaan in 26% van de Amerikaanse ziekenhuizen en slechts in 8% van de ziekenhuizen wordt gestimuleerd. Interessant is dat de anesthesisten uit Groot-Brittannië (GB) PPIA aanzienlijk meer aanmoedigen dan anesthesisten uit de Verenigde Staten. (McCann & Kain, 2001)

Mogelijke voordelen van de aanwezigheid van ouders tijdens de inductie zijn een verminderde behoefte aan sedatie en minder angst en bezorgdheid ten gevolge van het afscheid van de ouders aan de operatiezaal. Andere voordelen, zoals een betere medewerking van het kind tijdens de inductie, blijven omstreden (McCann & Kain, 2001).

---

<sup>2</sup> PPIA = Parental Presence during Induction of Anesthesia

Bezwaren tegenover PPIA zijn bezorgdheid over de verstoring van de routine in de operatiekamer, overvolle operatiekamers en een mogelijke slechte reactie van de ouders. Bovendien kan toegenomen angst bij de ouders de angst van het kind verhogen, de inductie verlengen en de anesthesist meer stress geven (McCann & Kain, 2001).

Hoewel de eerste studies, op basis van observaties, suggereerden dat de angst verminderde als de ouders aanwezig waren tijdens de inductie, geven meer recente studies aan dat het routinematig aanwezig zijn van de ouders niet gunstig is. Een studie toonde aan dat alleen kinderen ouder dan vier jaar, kinderen met een "rustige" persoonlijkheid, of kinderen waarvan de ouders een "rustige" persoonlijkheid hebben, baat hebben bij deze interventie. Ouders die bij de inductie blijven, zijn aanzienlijk minder angstig en meer tevreden over zowel het scheidingsproces, de algemene anesthesie, de verpleging en chirurgische zorg (McCann & Kain, 2001).

Men gelooft dat in toekomstig onderzoek de nadruk moet liggen op wat de ouders eigenlijk doen tijdens de inductie van de anesthesie, in plaats van simpelweg op hun aanwezigheid.

### Wat vertellen de enquêtes ons?

In onze enquête hebben wij aan de verpleegkundigen gevraagd of de ouders genoeg informatie krijgen, onder andere ook over het aanwezig zijn bij de inductie. Hier blijkt veel verwarring over te zijn. Zeventien verpleegkundigen vinden dat er genoeg informatie wordt gegeven aan de ouders. Er wordt aangegeven dat de artsen erg duidelijk zijn tegen de ouders en dat de chirurg goed uitlegt wat er gaat gebeuren. Er zijn veertien verpleegkundigen die vinden dat de ouders geen goede voorbereiding krijgen. Deze informatie komt vooral vanuit de enquêtes van de verpleegkundigen van de recovery. Zij geven aan dat de ouders vaak nog met erg veel vragen naar de operatiekamer komen en dat de ouders eigenlijk niet weten dat ze niet aanwezig mogen zijn bij de inductie. Dit zou al eerder aangehaald moeten worden zodat het afscheid minder pijnlijk is.

Wat er dan ook enorm opvalt is dat er weinig verpleegkundigen op de hoogte zijn over het protocol. Verpleegkundigen van de recovery geven aan dat dit een algemene onduidelijkheid is en dat hier geen algemene richtlijnen hierover zijn.

Ook aan de ouders hebben wij gevraagd of ze al dan niet aanwezig mochten zijn op het moment dat hun kind in slaap werd gedaan. Ongeveer de helft van de respondenten mocht niet aanwezig zijn tijdens de inductie. Meestal mochten ze mee met het kind tot aan de deur van het

OK en moesten ze hier afscheid nemen. De ouders die niet aanwezig mochten zijn, merkten dat hun kind heel angstig was op het moment dat ze afscheid namen van elkaar.

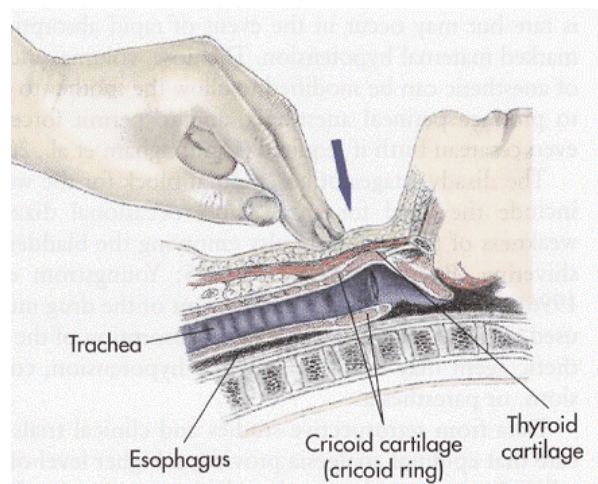
De meeste ouders geven aan toch graag bij het kind te blijven tot dat hij/zij in slaap is. Een ouder zei dat ze zelf te veel in paniek was, dus dat het beter was dat ze niet bij haar kind bleef. Ook hadden ze tegen een andere ouder gezegd dat ze er beter niet bij kon zijn zodat men zo snel mogelijk met de operatie kon beginnen.

Een tiental ouders geeft aan wel als eerste bij het kind te mogen in de recovery voor dat hij/ zij ontwaakte.

### 2.4 Crush inductie

We bespreken hier ook het thema crush inductie omdat dit vaak één van de grootste redenen is waarom de ouders hun kind niet mogen begeleiden bij een spoedoperatie. Deze techniek is vaak zeer ingrijpend om te zien. We overlopen kort wat dit juist inhoudt.

Crush inductie is een veelgebruikte methode voor de inleiding van anesthesie. Bij deze techniek wordt er druk op het cricoïd uitgevoerd. Het cricoïd is het ringkraakbeen van het strottenhoofd. Door hier druk op te oefenen met duim en wijsvinger wordt de slokdarm zachtjes dicht gedrukt en wordt er aspiratie van maaginhoud in de longen voorkomen. Aspiratie ontstaat door een combinatie van reflux en het wegvallen van reflexen en komt vooral voor bij de inductie van anesthesie. Dit kan leiden tot een ernstige longontsteking, namelijk een aspiratiepneumonie (Sinclair & Luxton, 2005).



*Figuur 1: Crush inductie*

Over het algemeen hoort de patiënt nuchter te zijn voor een operatie. Dit wil zeggen dat men vanaf een bepaald tijdstip geen drank of voedsel meer benuttigt. Meestal wordt zes uur voor de geplande operatie genomen omdat dit de meest doeltreffende maatregel is om het risico op aspiratie zo klein mogelijk te houden (Presles, 2008).

Omdat de patiënten die via spoed naar de operatiezaal gaan vaak niet die zes uur op voorhand nuchter zijn, wordt de crush inductie- techniek dagelijks gebruikt tijdens zo'n spoedoperaties.

### Praktisch deel

In onze literatuurstudie vonden we weinig informatie over ons onderwerp omdat dit over een spoedingreep gaat. Daarom hebben we enquêtes opgesteld om meer informatie te krijgen over de werkelijke gang van zaken bij de voorbereiding van kinderen op een spoedoperatie? Eén enquête was bedoeld voor ouders en een andere enquête was voor de verpleegkundigen van de dienst spoedgevallen en recovery van het ziekenhuis Oost-Limburg. Omdat we net deze verpleegkundigen hebben bevraagd, is ons product voor de dienst spoedgevallen van dit ziekenhuis.

De voorbeelden van de enquêtevragen kan u terugvinden in bijlage 2 en 3 helemaal achteraan van deze bundel. In het volgend punt worden ook de resultaten van beide enquêtes toegelicht.

In onze enquête hebben we aan beide groepen gevraagd wat voor hun een meerwaarde zou zijn in verband met het communicatief voorbereiden van kinderen. Hier kwamen een aantal ideeën uit de bus. Een prentenboekje was het idee dat het meest aan bod kwam in de antwoorden. Dit hebben wij uiteindelijk dan ook ontworpen met behulp van een tekenaar. Het was niet makkelijk om iets te ontwerpen dat zowel kleine kinderen als oudere kinderen aanspreekt. In punt 4 op pagina 36 is te lezen hoe we dit verder aangepakt hebben.

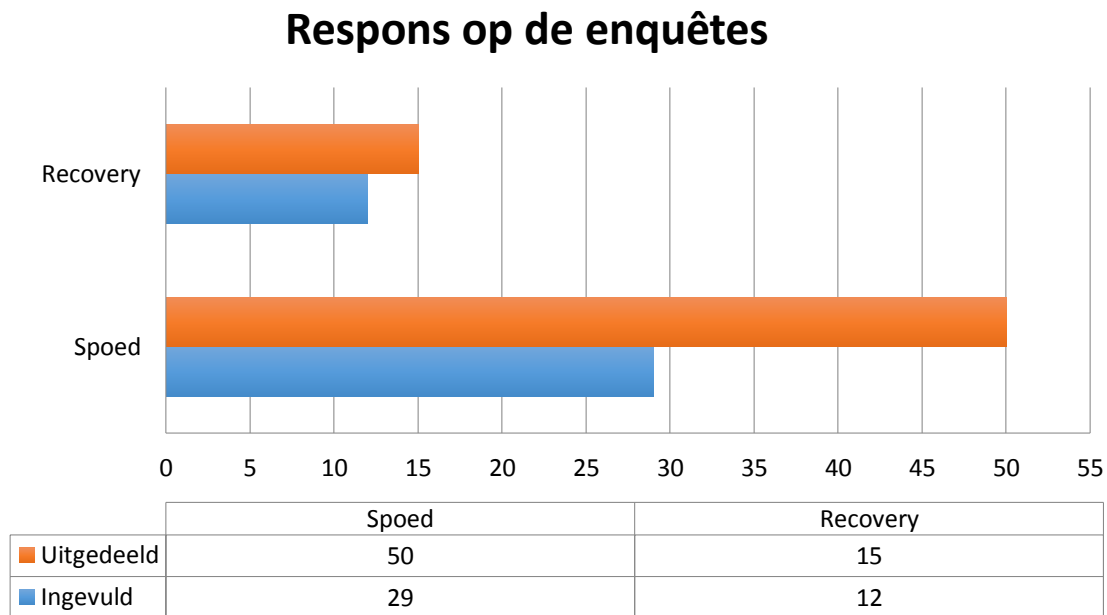
### 3. De enquêtes

#### 3.1 De enquêtes van de verpleegkundigen

Om tot een bruikbaar resultaat te komen, hebben we enquêtes verdeeld onder de verpleegkundigen van de dienst spoedgevallen en de verpleegkundigen van de recovery van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Zij zijn de professionals die met dergelijke situaties geconfronteerd worden.

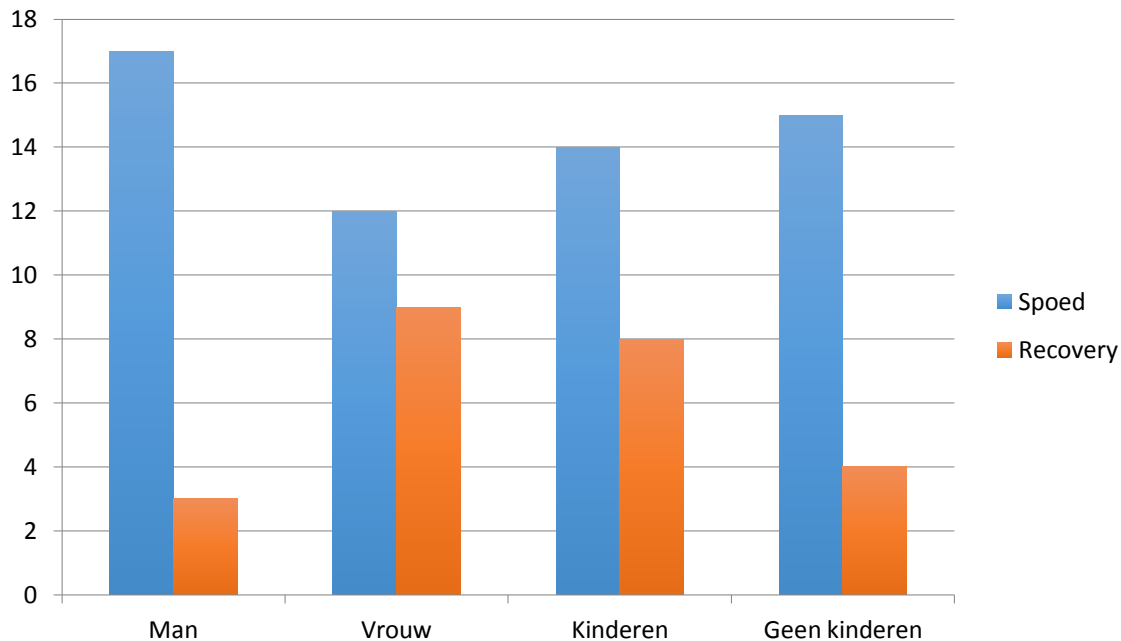
Om onze enquêtes te mogen uitdelen op deze diensten, hebben we de toestemming gevraagd aan Luc Van Camp, programmamanager van divisie 6 (kritieke diensten) van het Ziekenhuis Oost-Limburg.

De informatie die we door het afnemen van de enquêtes verkregen hebben, konden we verwerken in de literatuur van onze bachelorproef. Hieronder vindt u een overzicht van de respons op onze enquêtes.



Grafiek 1: respons op de enquêtes





Grafiek 2: gegevens van de verpleegkundigen

De vragen hebben we opgesteld aan de hand van de informatie die we nodig hadden voor het schrijven van onze bachelorproef. Deze vragen zijn terug te vinden in bijlage 2 achteraan. Om te bekomen tot ons praktisch deel, hebben we ook enkele goede tips gekregen.

Wat de inhoud betreft, hebben we veel overeenkomsten gezien met de literatuur, maar ook veel verschillen. Dit was al te lezen in ons theoretisch deel.

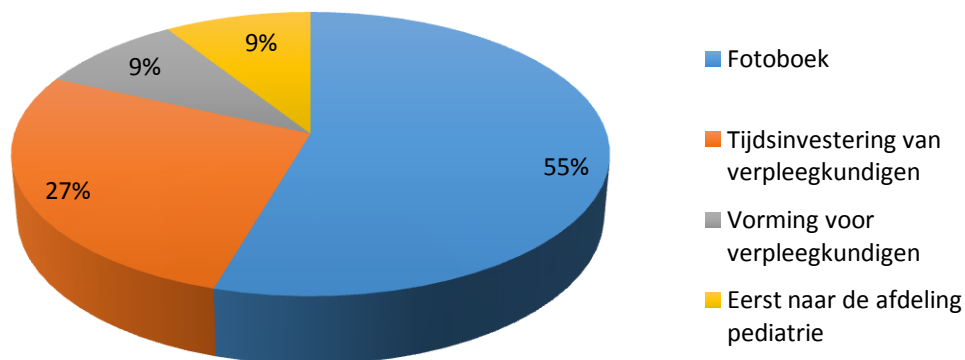
Eenzijds zijn er maar liefst elf verpleegkundigen van de spoedgevallen en zes verpleegkundigen van de recovery die vinden dat het kind goed voorbereid werd door de verpleegkundigen. Zij vinden dat de kinderen goede informatie kregen en hierdoor wisten waarvoor ze naar de operatiezaal moesten gaan. Er wordt niet gesproken over hoe dit proces verliep. Anderzijds zijn er veertien verpleegkundigen van de spoedgevallen en twee verpleegkundigen van de recovery die vinden dat het kind niet goed voorbereid wordt. Wat opvallend is, is dat er vooral gesproken wordt over het tijdsgebrek dat er heerst op de dienst spoedgevallen. De verpleegkundigen die daar werken, zijn bijna unaniem van mening dat er een te hoge werkdruk is waardoor de kwaliteit van de zorg ten onder gaat. Als er meer personeel zou zijn, zou dit probleem volgens hun opgelost raken. Er wordt vermeld dat het zo druk en chaotisch kan verlopen op spoed, waardoor men niet stil staat bij de beleving van de patiënt.

Bijna elke verpleegkundige is ervan overtuigd dat het erg belangrijk is dat men informatie aan het kind geeft en zo de angst bij het kind gaat verminderen.

Er zijn een aantal verpleegkundigen die denken dat een onderscheid van pediatrie op de dienst spoedgevallen een oplossing zou zijn. Er zou een kindvriendelijke omgeving gecreëerd moeten worden. Volgens een spoedverpleegkundige wordt pediatrie op spoed 'stiefmoederlijk' behandeld door onzekerheid van de verpleegkundigen, te weinig ervaring en de drukte op dienst. Volgens hen zou het ook een meerwaarde zijn om het kind eerst op de dienst pediatrie op te nemen en vervolgens van daaruit naar de operatiezaal te laten gaan. Men vindt dat deze verpleegkundigen hier meer gespecialiseerd in zijn. Op de dienst spoedgevallen in het Ziekenhuis Oost-Limburg bevinden zich twee boxen die ingericht zijn voor pediatrie patiënten.

Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen vindt dat de ouders genoeg informatie krijgen. Wat opvalt is dat de verpleegkundigen niet genoeg op de hoogte zijn over het al dan niet aanwezig zijn van de ouders bij de inductie. Wij vinden dat dit wel iets is waaraan gewerkt kan worden. Hoe kan een ouder goede informatie krijgen als verpleegkundigen het zelf niet weten? Een verpleegkundige zegt dit zelf ook. Zij schrijft dat verpleegkundigen te weinig op de hoogte zijn van de procedures.

Tot slot hebben we aan de verpleegkundigen de vraag gesteld wat voor hun een meerwaarde zou zijn in verband met het voorbereiden van kinderen, dus wat zij als professionals nuttig zouden vinden. Hieronder worden de resultaten hiervan getoond.



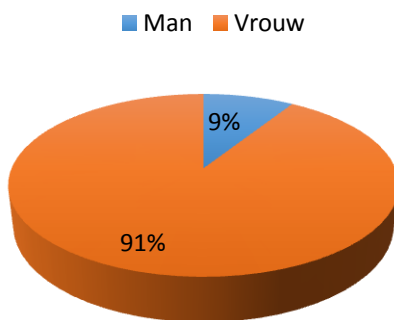
Grafiek 3: tips van verpleegkundigen voor het voorbereiden van kinderen

### 3.2 De enquêtes van de ouders

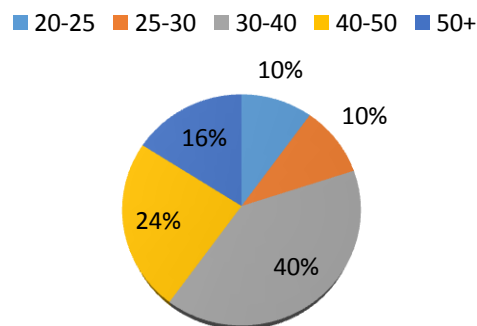
Zoals eerder al vermeld, hebben wij niet enkel verpleegkundigen bevraagd, maar ook ouders die zich ooit al in een situatie bevonden waarin hun kind een spoedingreep moest ondergaan. Deze enquête hebben we online opgesteld en laten invullen door vrienden en kennissen. De vragen zijn terug te vinden in bijlage 3 op pagina 55.

De enquête stond ongeveer drie weken online en in totaal vulden 58 personen deze in. Sommige enquêtes werden niet ingevuld met het oog op een spoedoperatie, maar eerder op een geplande ingreep. Hieruit kunnen we concluderen dat er toch zeker 50 ingevulde enquêtes zijn die ons kunnen helpen om tot een goed resultaat te komen.

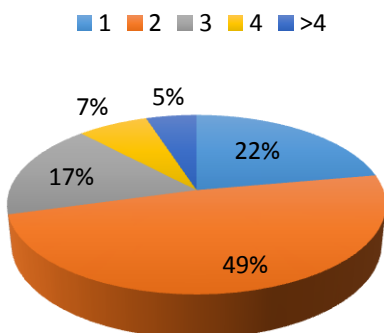
Eerst hebben wij een aantal algemene vragen gesteld over onze respondenten, namelijk leeftijd, geslacht en aantal kinderen. Hieronder zijn de resultaten hiervan.



Grafiek 4: Geslacht respondenten



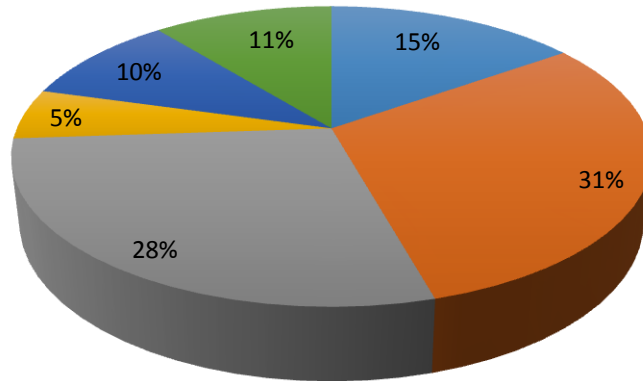
Grafiek 5: Leeftijd respondenten



Grafiek 6: Aantal kinderen

Vervolgens hebben wij ons ook nog geïnformeerd naar de leeftijd van het kind om het moment van de operatie. Deze komen terug in onderstaand diagram.

■ < 2 jaar ■ 2 - 4 jaar ■ 4 - 6 jaar ■ 6 - 8 jaar ■ 8- 10 jaar ■ 10 - 12 jaar



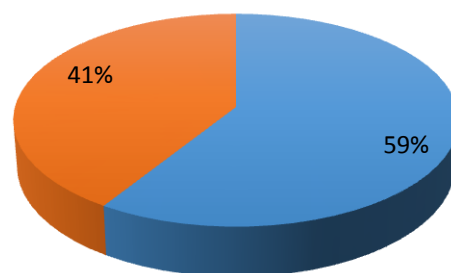
Grafiek 7: Leeftijd van het kind

*'Kreeg uw kind voldoende informatie over zijn/haar operatie?'*

59% van de ouders vindt dat hun kind voldoende informatie kreeg over zijn/haar operatie. Zij kregen bijvoorbeeld uitleg over elke handeling die men deed bij het kind. Anderen vonden dat hun kind nog te jong was om zulke informatie te begrijpen en dat een uitleg aan de ouders dan voldoende is.

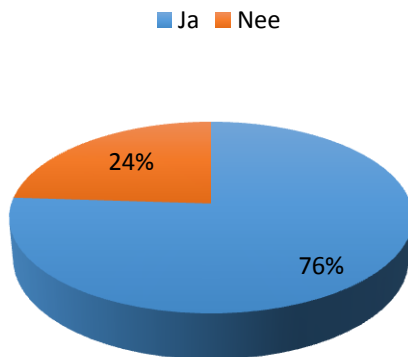
De 41% van de ouders die vinden dat hun kind niet voldoende werd ingelicht, geven meestal als reden dat de informatie niet gegeven wordt op maat van het kind. Men gebruikt vaak moeilijke woorden en vakjargon. Ook moet het bij een spoedoperatie vaak snel gaan waardoor er geen tijd is voor informatie of soms is het gewoon te druk op de dienst spoedgevallen. Degenen die zeggen dat ze niet goed voorbereid werden, geven ook aan dat hun kind angstig was voor de ingreep.

■ Ja ■ Nee



Grafiek 8: voorbereiding v/h kind

Vervolgens vroegen we of de ouders zelf voldoende informatie kregen over de operatie van hun kind. We stelden de vraag: 'Kreeg u, als ouder, voldoende informatie over de operatie van uw kind?'. Op deze vraag antwoordde 76% 'ja'. Meestal wordt aan de ouders wel verteld wat de operatie precies inhoudt. Zoals eerder in ons theoretisch deel besproken werd, verwachten de hulpverleners dat de ouders deze informatie doorgeven aan hun kind. Zij weten vaak het best op welke manier ze dit moeten aanpakken.

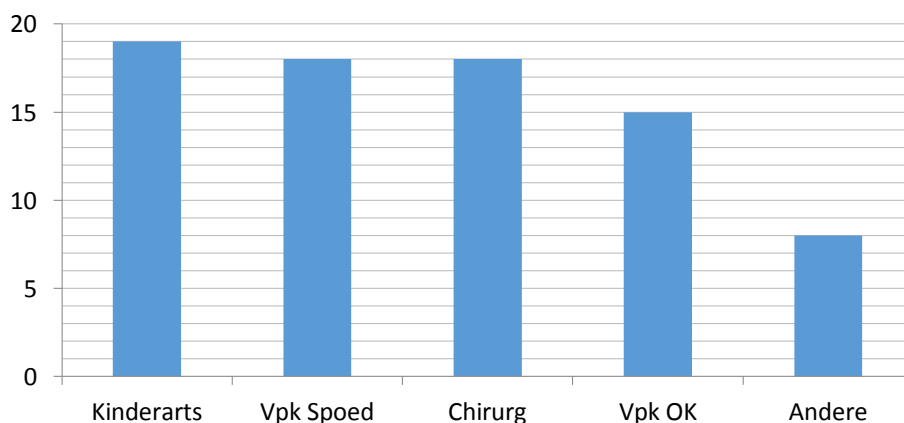


Bijna een kwart van de ouders (24%) vindt dat ze niet goed voorbereid werden. Ook hier geeft men vaak als reden dat er geen tijd voor was wegens de urgentie van de ingreep of de drukte op de dienst spoedgevallen. Meestal is ook voor de ouders de uitleg veel te kort of met te moeilijke woorden. Een ouder zegt dat de informatie aan haar kind voldoende was als informatie voor haarzelf.

Grafiek 9: voorbereiding ouders

Door wie de ouders en het kind worden voorbereid, vindt u terug in onderstaande staafdiagram. Meestal wordt de informatie gegeven door de kinderarts. Als tweede wordt dit vaak gedaan door de verpleegkundigen van spoed en/of door de chirurg. In de meeste gevallen is de informatie van de verpleegkundigen aanvullend op de informatie van de arts.

### Door wie werd u voorbereid?

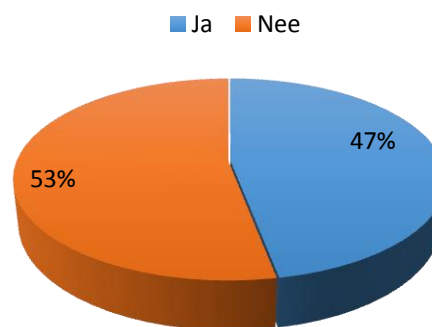


Grafiek 10: Door wie werd u voorbereid?

De informatie werd meestal mondeling gegeven aan het kind en de ouders. Soms gebruikte men ook tekeningen, 3D-modellen of RX-foto's om de ingreep uit te leggen en verstaanbaar te maken. Sommigen kregen stap voor stap de hele uitleg, anderen kregen maar een korte boodschap of zelfs geen informatie.

Omdat in het ZOL het protocol geldt dat de ouders niet aanwezig zijn wanneer het kind in slaap wordt gedaan bij een spoedingreep, hebben wij in onze enquête de vraag gesteld: *'Was u als ouder aanwezig toen uw kind in slaap werd gedaan?'*. Hier gaf 47% aan dat zij dit mochten. Uiteraard moeten wij bij dit resultaat rekening houden dat een aantal ingevulde enquêtes niet over spoedingrepen gaan. In de meeste ziekenhuizen, ook in het ZOL, mag men als ouder aanwezig zijn bij de anesthesie- inductie van geplande ingrepen (Liesens, 2013).

Ongeveer de helft van de ouders (53%) mocht enkel mee tot aan de deur van het operatiekwartier. Hier moesten ze dan afscheid nemen. Een ouder mocht wel bij het kind blijven tot ze in slaap was, maar moest achteraan in de operatiekamer blijven staan. Een andere ouder zegt het niet erg te vinden dat je niet mee de operatiezaal in mag zolang je kind niet in paniek is. Een tiental ouders geven aan wel onmiddellijk aanwezig te mogen zijn bij het ontwaken van het kind in de recovery.



Grafiek 11: aanwezigheid tijdens anesthesie

Tot slot hebben we ook aan de ouders gevraagd wat voor hun eventueel een meerwaarde zou zijn in verband met het voorbereiden van kinderen op een spoedoperatie. Hier kwamen een aantal interessante ideeën uit de bus die ons hebben verder geholpen met het praktisch deel van onze bachelorproef.

Zo kwamen er namelijk ideeën van een prentenboek over een operatie, een stripverhaal of filmpje. Ook vinden veel ouders het belangrijk dat men als ouder zo lang mogelijk bij het kind kan blijven. Hier kunnen we dan eigenlijk terug gaan op het al dan niet aanwezig zijn wanneer het kind in slaap wordt gedaan. Communicatie op maat van het kind komt ook vaak aan bod. Er stelde iemand voor om een extra persoon in te schakelen die zich met de voorbereiding van kinderen bezig houdt of meer verpleegkundigen op de dienst spoedgevallen die de drukte verminderen en er voor kunnen zorgen dat er meer tijd is voor de voorbereiding van kinderen.

### 4. Het boekje

*‘Wat zou voor jullie een meerwaarde zijn in verband met het communicatief voorbereiden van kinderen? Wat zouden jullie nuttig vinden?’.* Dit is de vraag die we zowel aan de verpleegkundigen als aan de ouders gesteld hebben. Aan de resultaten hierboven te zien, was een prentenboekje het meest voorkomende idee. Met dit idee zijn we dan ook naar onze tekenaar, Stef Vanstiphout, gestapt.

Voor onze bachelorproef kozen wij de leeftijdsgrens van 2 tot 12 jaar. Daarom hebben we ook iets gezocht dat zowel kleine als grotere kinderen zou aanspreken. We hebben onszelf de vraag gesteld hoe we dit het best konden aanpakken.

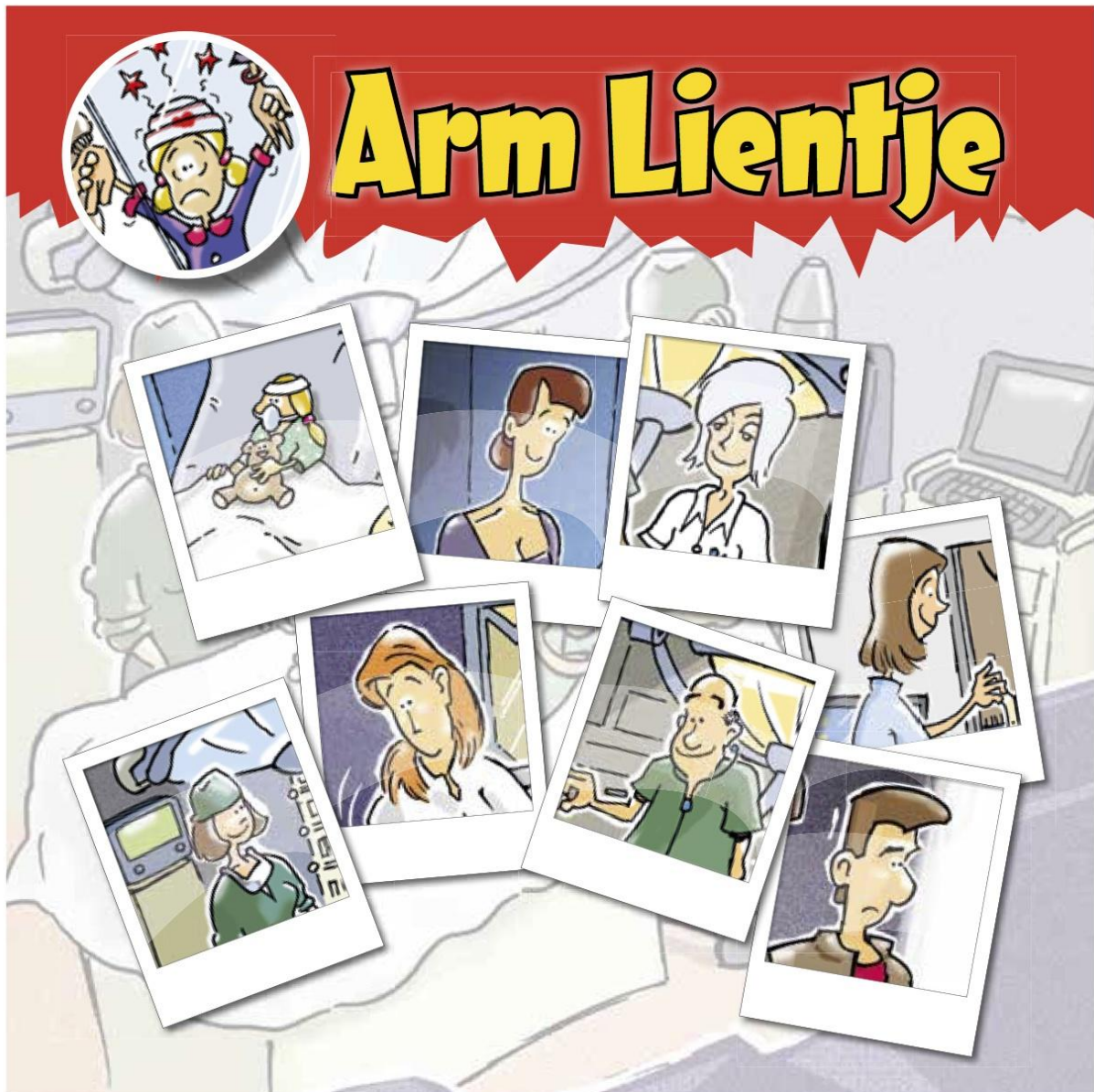
Eerst hebben we de belangrijkste stappen overlopen in het proces van een spoedingreep. We wilden het voor de kinderen vooral kenbaar maken met wie ze allemaal in aanraking kunnen komen tijdens dit proces. Zo hebben we de verpleegkundigen en artsen op de dienst spoedgevallen, alsook de medewerkers van het operatiekwartier meegenomen in ons verhaal.

Het proces van een spoedingreep is voor ieder kind individueel. Zo komt het ene kind met een ziekenwagen terecht op spoed of moet het andere kind nog röntgenfoto's laten maken alvorens het geopereerd wordt. Daarom hebben wij gekozen om zes stappen te bespreken. We denken dat dit de meest belangrijke en algemene stappen zijn wanneer een kind een spoedingreep moet ondergaan.

Vervolgens wilden we deze stappen zo eenvoudig mogelijk proberen uit te beelden aan de hand van tekeningen. Deze tekeningen zijn vooral voor de kleinere kinderen bedoeld. Voor de oudere kinderen hebben we er een kort verhaal rond geschreven.

Wat wij heel belangrijk vonden voor ons prentenboekje is bijvoorbeeld dat de tekeningen humor bevatten. Dit spreekt kinderen volgens ons wel aan. In ons prentenboekje zit ook een boodschap die we graag willen meegeven aan de kinderen. Hierbij vinden we het belangrijk dat deze niet verbloemd wordt. Het is belangrijk dat de kinderen weten dat ze afscheid moeten nemen van mama en papa vooraleer ze naar de operatiezaal gaan. Ons prentenboekje is gemaakt voor het Ziekenhuis Oost-Limburg en in dit ziekenhuis geldt dan ook dit protocol.

Hieronder volgt het resultaat van ons prentenboekje.

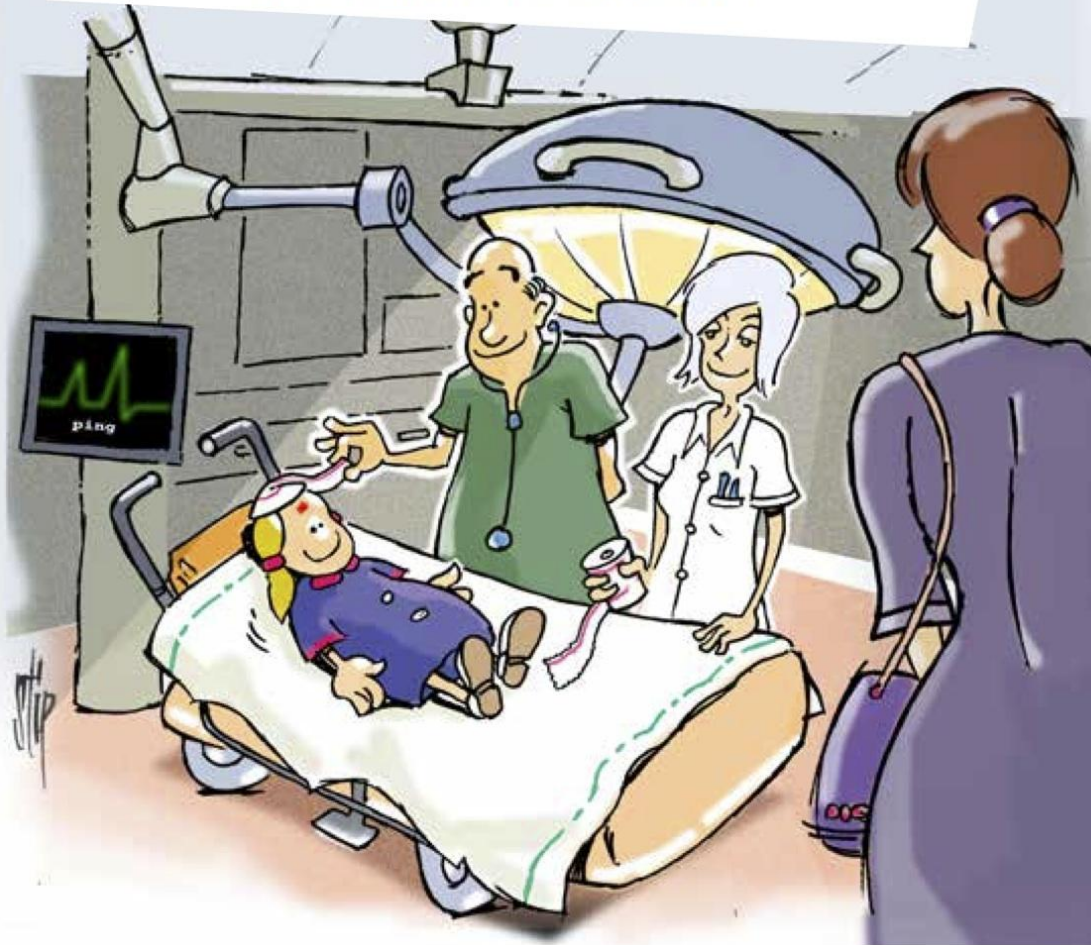




Arm Lientje! Ze is gevallen, met als gevolg een flinke  
bult en heel wat bloed aan haar hoofd.  
Mama en papa hebben haar  
maar gauw naar "de spoed" gebracht, daar zal  
Lientje goed verzorgd worden door echte dokters!



Natuurlijk moet de dokter eerst kijken wat er precies aan de hand is. Lientje mag in het grote bed liggen terwijl de dokter haar hoofdje onderzoekt.  
Gelukkig mag mama bij haar blijven!











### Besluit

Tijdens het schrijven van onze bachelorproef stelden we ons de vraag: *“Wat is het belang van een kind voor te bereiden op een spoedingreep en op welke manier kan dit het best gebeuren?”*

Angst in het ziekenhuis wordt meestal gezien bij de patiënten die opgenomen zijn voor chirurgische ingrepen. Er is een duidelijk verband tussen hospitalisatie en grote mate van angst bij kinderen (Lerwick, 2013).

Uit zowel de literatuur als de enquêtes blijkt dat het zeer belangrijk is om een kind voor te bereiden op een operatie. Een kind dat goed voorbereid is, is minder angstig. Een goede voorbereiding zou de angst bij kinderen reduceren.

Er moet zeker rekening gehouden worden met de leeftijd van het kind wanneer het gaat over de communicatieve voorbereiding van een kind voor een spoedingreep. Het effect van een operatie op stress, angst en zelfredzaamheid is afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsstadium van het kind. Interventies om de preoperatieve angst bij pediatrische patiënten te verminderen, moeten daarom ontworpen worden op basis van het ontwikkelingsstadium in plaats van de leeftijd van het kind (Lerwick, 2013).

De aanwezigheid van de ouders bij de inductie van anesthesie heeft zowel voor- als nadelen. In het Ziekenhuis Oost-Limburg zijn de ouders niet toegelaten bij de anesthesie van een spoedingreep. Mogelijke voordelen zijn een verminderde behoefte aan sedatie en minder angst. Bezwaren daarentegen zijn bezorgdheid over de verstoring van de routine in de operatiekamer, overvolle operatiekamers en een mogelijke slechte reactie van de ouders. Bovendien kan toegenomen angst bij de ouders, de angst van het kind verhogen, de inductie verlengen en de anesthesist meer stress geven (McCann & Kain, 2001).

In ons praktisch gedeelte hebben we bevraagd wat een meerwaarde zou zijn om kinderen te kunnen voorbereiden. Aan de hand van deze resultaten maakten we een prentenboekje. Dit boekje zou de angst kunnen verminderen en de gebeurtenis minder ingrijpend maken voor het kind, omdat het kind hiermee in grote lijnen te weten komt wat er hem/ haar te wachten staat.

Wij denken dat dit een goede manier is om een kind voor te bereiden, omdat het op een speelse manier wordt uitgelegd. Helaas hebben we nog geen resultaten over het effect van ons boekje op de kinderen.

### Reflectie

In september 2014 kregen we al informatie over de bachelorproef. We mochten naar de projectbeurs gaan waar er verschillende onderwerpen toegelicht werden. Aan de hand van de informatie die we hier verkregen, moesten wij drie gelijkwaardige keuzes doorgeven waarvan we één onderwerp toegewezen kregen.

Wij kregen het onderwerp: 'Opvang van kinderen in het OK'. Vanaf het moment dat we ons onderwerp wisten, begonnen we met het contacteren van elkaar, onze promotor en de inhoudsdeskundige. We hebben zo snel mogelijk een kick-off vergadering gepland waar we meer duidelijkheid kregen over wat er van ons verwacht werd en met wie we zouden samenwerken.

Omdat er vanuit het ziekenhuis geen specifieke vraag gesteld werd, zijn we zelf in de literatuur op zoek gegaan naar een probleem wat te maken had met het onderwerp. Vrij snel kwamen we tot de conclusie dat er vooral een probleem was bij de voorbereiding op spoedoperaties. Aan de hand hiervan hebben we een literatuurstudie uitgevoerd. Dit liep in het begin wat chaotisch, maar met behulp van een draaiboek kregen we meer orde in ons hoofd. Door de Engelstalige artikels hadden we in het begin vooral moeite met onze manier van schrijven, maar na veel nalezen en verbeteren zijn we dan uiteindelijk tot dit resultaat gekomen.

In tussentijd hebben we enquêtes afgenomen. De vragen hebben we zelf opgesteld en ook de enquêtes zelf hebben we uitgedeeld en weer opgehaald bij de verpleegkundigen van de dienst spoedgevallen en de recovery van het Ziekenhuis Oost-Limburg. De enquêtes van de ouders hebben we online opgesteld en gedeeld via de sociale media.

Uiteindelijk kwamen we tot ons praktisch gedeelte. Na lang zoeken zijn we uiteindelijk tot ons prentenboekje gekomen. Gelukkig hebben we ook een goede tekenaar gevonden die dit voor ons realiseerbaar maakte.

Doorheen het hele proces hebben we ons steeds aan de afspraken gehouden. Op regelmatige tijdstippen organiseerden we vergaderingen en lieten we ons werk nalezen. Wij hebben ook steeds goed geluisterd naar de feedback die we kregen en we zijn hier steeds op een constructieve manier mee omgegaan.

De samenwerking tussen ons tweeën verliep vlot, alsook de samenwerking met de promotor en inhoudsdeskundige. Het was een zeer leerrijk proces waarin we beiden gegroeid zijn.



### Bibliografie

- Cassady, J. J., Wysocki, T., Miller, K., & al., e. (1999). Use of a preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory surgery. *Anesth Analg*, 245-250.
- De Weert, R. (2013). *Basisboek operatieve zorg & technieken*. Amsterdam: Reed Business Education.
- DeMaso, D. R., & Snell, C. (2013). Promoting coping in children facing pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery* 22, 134-138.
- Dreger, V. A., & Tremback, T. F. (2006). Management of preoperative anxiety in children. *Aorn Journal*, 777-804.
- Engelhardt, T. (2015). Rapid sequence induction has no use in pediatric anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, 5-8.
- Handvest Kind & Ziekenhuis*. (2013). Opgehaald van Kind en Ziekenhuis: <https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/>
- Harris, T. B., Sibley, A., Rodriguez, C., & Brandt, M. L. (2013). Teaching the psychosocial aspects of pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery* 22, 161-166.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatr Nurs*, 35-43.
- Lemmens, F., Heylen, R., Thomassen, T., & Van Camp, L. (2011). *Protocol: afspraken m.b.t. aanwezigheid van ouders in het operatiekwartier*. Genk: Ziekenhuis Oost-Limburg.
- Lerwick, J. L. (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Seminars in Pediatric Surgery* 22, 129-133.
- Liesens, K. (2013). *Begeleiding van kinderen in het operatiekwartier*. Genk: Ziekenhuis Oost-Limburg.
- McCann, M. E., & Kain, Z. N. (2001). The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesth Analg*, 98-105.

Presles, P. (2008, 03 18). *Waarom moeten we nuchter zijn voor een anesthesie?* Opgehaald van E-gezondheid: <http://www.e-gezondheid.be>

Rackley, S., & Bostwick, J. M. (2013). The pediatric surgeon-patiënt relationship. *Seminars in Pediatric Surgery* 22, 124 - 128.

Sinclair, R. C., & Luxton, M. C. (2005). Rapid sequence induction. *Continuing Education in Anesthesia, Critical Care & Pain*, 45-48.

Stewart, E., Algren, C., & Arnold, S. (1994). Preparing children for a surgical experience. *Today's OR nurse*, 9-14.

### Samenvatting

Aan de antwoorden van de verpleegkundigen in onze enquêtes hebben we gezien dat de meeste verpleegkundigen het communicatief voorbereiden van kinderen voor een spoedingreep zeer belangrijk vinden. Dit verloopt echter nog steeds zeer moeizaam.

Bij de voorbereiding van kinderen is het van groot belang dat er rekening wordt gehouden met het ontwikkelingsstadium waar het kind zich in bevindt. Ook moet men rekening houden met de leeftijd van het kind wanneer het om communicatie gaat. Men moet zich aanpassen aan het begripsvermogen van het kind.

Angst speelt een zeer cruciale rol als het over het voorbereiden van een kind gaat. Wanneer een voorbereiding niet goed gebeurt, merkt men dat het kind angstiger is dan wanneer het kind wel een goede voorbereiding heeft gehad.

De aanwezigheid van ouders bij de inductie van anesthesie is dubbelzijdig. Er zijn voor- en nadelen aan verbonden. In het Ziekenhuis Oost-Limburg verkiest men dat de ouders niet mee mogen als het om een spoedingreep gaat, omdat dit gebeuren heel ingrijpend kan zijn. Een angstige ouder brengt een angstig kind met zich mee.

In ons praktisch deel hebben we ons toegespitst op het realiseerbaar maken van een voorbereiding bij een spoedingreep. We hebben er rekening mee gehouden dat de voorbereiding soms niet lang kan en mag duren omwille van de urgentie. Vandaar dat we een boekje hebben ontwikkeld. Dit kan makkelijk afgegeven worden aan het kind. We hebben ook rekening gehouden met de leeftijd. Voor kleinere kinderen hebben we de prenten die het aanspreekbaar maken, voor de grotere kinderen is er ook tekst voorzien.

## Bijlagen

Bijlage 1: Handvest Kind en Ziekenhuis.....	50
Bijlage 2: Enquête verpleegkundigen .....	51
Bijlage 3: Enquête ouders.....	55

## Bijlage 1: Handvest Kind en Ziekenhuis

Het Handvest Kind en Ziekenhuis geeft in tien punten weer welke de rechten zijn van kinderen voor, tijdens of na een verblijf in het ziekenhuis. Het handvest is in overeenstemming met het VN-Verdrag inzake de rechten van het kind en heeft evenals dat verdrag betrekking op kinderen van 0 tot 18 jaar. (Handvest Kind & Ziekenhuis, 2013)

# Handvest van de Vereniging Kind en Ziekenhuis<sup>1</sup>

**Het recht op een optimale medische behandeling is ook voor kinderen een fundamenteel recht.**

- 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 leeftijd en bevattingsvermogen 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 onwettig 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 het in staat stelt 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 tact en begrip te worden benaderd en behandeld. Hun privacy wordt te allen tijde gerespecteerd.

1988

## Bijlage 2: Enquête verpleegkundigen



**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

Beste toekomstige collega's,

Wij zijn Silke Daens, laatstejaarsstudente in de bachelor verpleegkunde, en Chiara Vanstiphout, laatstejaarsstudente van het brugtraject in de bachelor verpleegkunde.

Voor onze bachelorproef hebben wij het onderwerp 'Communicatieve voorbereiding van kinderen bij een spoedoperatie' gekozen. Het gaat dus over kinderen tussen 2 en 12 jaar die rechtstreeks van de spoedgevallen naar de operatiezaal gaan (bv. een orthopedische ingreep).

Het doel van onze bachelorproef is tweeledig; enerzijds willen wij er toe bijdragen dat kinderen goed voorbereid naar de operatiezaal gaan, aangepast aan hun leeftijd zodat ze rustig en zonder angst hun ingreep kunnen ondergaan. Anderzijds willen we de communicatie naar ouders mee onder de loep nemen. Ouders verdienen een duidelijke en effectieve communicatie want zij moeten hun kind in de handen van een vreemde achter laten.

Om tot de juiste conclusies en/of adviezen te komen, willen we jullie ervaringen als verpleegkundigen absoluut meenemen in ons onderzoek. Jullie als professionals worden dagelijks geconfronteerd met deze problematiek, vandaar dat wij jullie graag een aantal vragen willen stellen als onderdeel van ons onderzoek.

Alvast bedankt voor jullie moeite en hulp.

## Vragenlijst

### 1. Algemene vragen (kruis aan)

#### 1.1. Geslacht

<input type="checkbox"/>	MAN
<input type="checkbox"/>	VROUW

#### 1.2. Leeftijd

<input type="checkbox"/>	20-25
<input type="checkbox"/>	25-30
<input type="checkbox"/>	30-40
<input type="checkbox"/>	40-50
<input type="checkbox"/>	50+

#### 1.3. Kinderen

<input type="checkbox"/>	JA
<input type="checkbox"/>	NEE

#### 1.4. Functie op de werkvloer

<input type="checkbox"/>	Gegradueerde verpleegkundige
<input type="checkbox"/>	Bachelor verpleegkundige
<input type="checkbox"/>	Bachelor verpleegkundige + bijzondere beroepstitel
<input type="checkbox"/>	Diensthofd

#### 1.5. Aantal jaren werkervaring

<input type="checkbox"/>	< 2 jaar
<input type="checkbox"/>	2-5 jaar
<input type="checkbox"/>	5-10 jaar
<input type="checkbox"/>	10-20 jaar
<input type="checkbox"/>	> 20 jaar

2. Vinden jullie dat deze kinderen op dit moment goed voorbereid worden door de verpleegkundigen op de spoedgevallen?

	JA
	NEE

Leg uit

.....  
.....  
.....

3. Vinden jullie het belangrijk dat deze kinderen voorbereid kunnen worden?

	JA
	NEE

Leg uit

.....  
.....  
.....

4. Door wie vinden jullie dat de uitleg gegeven zou moeten worden?

	Verpleegkundige
	Chirurg
	Pediater
	Allemaal

Leg uit

.....  
.....  
.....



5. Krijgen de ouders genoeg informatie over de operatie van de arts/verpleegkundige?  
(Bijvoorbeeld over het al dan niet aanwezig mogen zijn tijdens de inductie)

	JA
	NEE

Leg uit

.....  
.....  
.....

6. Wat zou voor jullie een meerwaarde zijn in verband met het communicatief voorbereiden van kinderen? Wat zouden jullie nuttig vinden?

.....  
.....  
.....

### Bijlage 3: Enquête ouders



**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

Beste ouders,

Wij zijn Silke Daens en Chiara Vanstiphout, laatstejaarsstudenten in de bachelor verpleegkunde aan de PXL.

Voor onze bachelorproef hebben wij het onderwerp 'Communicatieve voorbereiding van kinderen bij een spoedoperatie' gekozen. Het gaat dus over kinderen tussen 2 en 12 jaar die rechtstreeks van de spoedgevallen naar de operatiezaal gaan. (Bv. een orthopedische ingreep).

Het doel van onze bachelorproef is tweeledig, enerzijds willen wij er toe bijdragen dat kinderen goed voorbereid naar de operatiezaal gaan aangepast aan hun leeftijd zodat ze rustig en zonder angst hun ingreep kunnen ondergaan. Anderzijds willen wij de communicatie naar ouders mee onder de loep nemen. Ouders verdienen een duidelijke en effectieve communicatie want zij moeten hun kind in de handen van een vreemde achter laten.

Om tot de juiste conclusies en/of adviezen te komen, willen wij jullie ervaringen als ouders absoluut meenemen in ons onderzoek.

Heeft u zich al een ooit in een situatie bevonden dat uw kind op de dienst spoedgevallen terecht kwam en van daaruit rechtstreeks naar de operatiezaal moest gaan. Wilt u graag uw ervaring met ons delen?

Alvast bedankt voor jullie moeite en hulp.

## Vragenlijst

### 1. Algemene vragen (kruis aan)

#### 1.1. Geslacht

<input type="checkbox"/>	MAN
<input type="checkbox"/>	VROUW

#### 1.2. Leeftijd

<input type="checkbox"/>	20-25
<input type="checkbox"/>	25-30
<input type="checkbox"/>	30-40
<input type="checkbox"/>	40-50
<input type="checkbox"/>	50+

#### 1.3. Aantal kinderen

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	>4

#### 1.4. Leeftijd van je kind op het moment van de operatie

<input type="checkbox"/>	< 2 jaar
<input type="checkbox"/>	2-4 jaar
<input type="checkbox"/>	4-6 jaar
<input type="checkbox"/>	6-8 jaar
<input type="checkbox"/>	8-10 jaar
<input type="checkbox"/>	10-12 jaar
<input type="checkbox"/>	> 12 jaar

2. Kreeg uw kind genoeg informatie over zijn/haar operatie?

	JA
	NEE

Leg uit

.....  
.....  
.....

3. Kreeg u, als ouder, genoeg informatie over de operatie van uw kind?

	JA
	NEE

Leg uit

.....  
.....  
.....

5. Zo ja, door wie werd uw kind voorbereid?

	Verpleegkundige van de spoedgevallen
	Verpleegkundige van het operatiekwartier
	Chirurg
	Kinderarts
	Anderen:

6. Zo ja, op welke manier werd uw kind voorbereid?

Leg uit

.....  
.....  
.....

7. Vindt u dat u en uw kind goed werden voorbereid op de operatie?

<input type="checkbox"/>	JA
<input type="checkbox"/>	NEE

Leg uit

.....  
.....  
.....

8. Was u als ouder aanwezig toen uw kind in slaap werd gedaan?

<input type="checkbox"/>	JA
<input type="checkbox"/>	NEE

Leg uit

.....  
.....  
.....

9. Wat zou voor jullie een meerwaarde zijn in verband met het voorbereiden van kinderen? Wat zouden jullie nuttig vinden?

.....  
.....  
.....

