

# Hoe bereid ik een kind voor op IC-bezoek?



Tekst: Brian R. Gilein, Student Geneeskunde en Verpleegkundige, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen  
Maaïke AP. Hamers-Janssen dr, Lectoraat Acute en Intensieve zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen  
Lisbeth EA.J. Verharen dr, Associate Lector Acute en Intensieve zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en voorzitter stichting Family and patient Centered Intensive Care

In dit literatuuronderzoek wordt gezocht naar het antwoord op de vraag 'Hoe kunnen kinderen van 0 tot 18 jaar worden voorbereid en begeleid bij een intensive care bezoek aan een direct familielid?'

## Introductie

Tijdens een landelijke bijeenkomst van de stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC) was veel belangstelling voor het onderwerp 'Het kind als bezoeker op de intensive care'. Om deze reden is een werkgroep opgericht om kennis te delen over dit onderwerp. In Nederlandse ziekenhuizen worden interventies toegepast om kinderen die een naast familielid bezoeken op de volwassenen Intensive Care (IC) voor te bereiden en te begeleiden. Echter was het niet duidelijk of deze toegepaste interventies ook daadwerkelijk wetenschappelijk onderbouwd zijn. Vanuit de werkgroep is daarom de vraag gekomen welke interventies, en hun effectiviteit, beschreven zijn in de wetenschappelijke literatuur. Het doel van dit onderzoek is het bieden van inzicht en praktische handvatten, voor verpleegkundigen werkzaam op de volwassenen Intensive Care, over het voorbereiden en begeleiden van een kind van 0 tot 18 jaar bij een bezoek aan een naast familielid op de intensive care. De

onderzoeksvraag betreft: 'Hoe kunnen kinderen van 0 tot 18 jaar worden voorbereid en begeleid bij een intensive care bezoek aan een naast familielid?'

## Methode

Om de vraag te kunnen beantwoorden is een literatuur zoektocht uitgevoerd in vijf verschillende databases. De geraadpleegde databases betreffen Pubmed, Cinahl, Cochrane Library, Invert en PsychINFO. Er is gezocht naar artikelen die interventies beschrijven die toepasbaar zijn voor het kind dat de IC bezoekt. De artikelen zijn gescreend op bruikbaarheid via titel, samenvatting en inhoud en zijn gescoord op kwaliteit. De geïncludeerde artikelen zijn geanalyseerd, waarbij de interventies per leeftijdscategorie zijn gerangschikt.

## Resultaten

Vanuit de zes bruikbare artikelen kwam naar voren dat een benadering op basis van het ontwikkelingsniveau van kinderen

'Dit onderzoek biedt voor IC-verpleegkundigen praktische handvatten'

## Kinderen

## Intensive Care

## Begeleiding

## Onderzoek

de sleutel is tot succes. Uit de analyse kwamen algemene interventies en interventies voor de ontwikkelingsfasen naar voren.\* Daarnaast werd benoemd dat zorgprofessionals overtuigd en geschoold moeten worden en dat het gebruik van externe deskundigen, waaronder de pedagogische medewerker en de pediatrie verpleegkundige, raadzaam is.

#### Een goede voorbereiding van het kind bevat in ieder geval uitleg over:

- de ziekenhuisomgeving;
- de te ervaren geluiden;
- welke veranderingen kunnen ontstaan door de opname van het familielid;
- de positieve elementen van het bezoek;
- het uiterlijk van hun naaste;
- waar het kind terecht kan voor, tijdens en na het bezoek aan de intensive care;
- het belang dat het kind zijn gevoelens deelt over de ervaring en welke ondersteuning het kind nodig heeft.

#### Aandachtspunten per ontwikkelingsfase

Elke leeftijdscategorie heeft zijn eigen ontwikkelingsniveau en begrip over ziekte en overlijden. In de *sensomotorische fase* (0 - 2 jarige) is het voor te stellen dat kinderen tot 9 maanden geweigerd worden in verband met de te lage humorale afweer. Het kind in deze fase is van de ouder afhankelijk voor veiligheid en bescherming. Het is daarom belangrijk om de band tussen ouder en kind te behouden. Een afweging tussen de voordelen en nadelen is essentieel. Scheiding met de ouder(s) kan leiden tot angst, meer huilen en afwijzing van de ouder bij terugkeer. Angst van de ouder(s) en/of verzorgers kan overslaan op het kind. Adequate voorbereiding is daarom belangrijk. Het kind heeft geen bewuste herinnering van het bezoek, maar stress van het bezoek kan zich uiten in veelvuldig huilen.

De *pre-operationele fase* (2 - 7 jaar) wordt onderscheiden in de *pre-conceptionele fase* (2 - 4 jaar) en de fase van *intuïtieve gedachten* (4 - 7 jaar). Het denken in de *pre-conceptionele fase* is egocentrisch, onafhankelijkheid en meer interesse naar anderen ontwikkelt zich. Het kind is zich bewust dat er iets niet klopt. Tijdens het bezoek zijn tranen een gezonde reactie. Het kan voorkomen dat er regressie optreedt bij het kind. Dit is normaal en verdwijnt weer na de stressvolle periode. Het denken van deze kinderen is magisch. Ze denken dat hun gedachten dingen kunnen laten gebeuren. Soms ervaren ze de gebeurtenis rondom de patiënt als hun schuld. Tijdens de pre-operationele fase verandert het denken van egocentrisch naar sociaal bewustzijn. Kinderen in de intuïtieve fase zijn meer letterlijk in hun opvattingen van de taal. Zo kunnen bepaalde (medische) uitspraken leiden tot vreemde gedachten. Men kan ervoor kiezen om deze

kinderen via alternatieve wegen te laten communiceren, omdat deze leeftijdsgroep veel last heeft van nachtmerries.

In de *concreet operationele fase* (7 - 12 jaar) begint het kind logisch te redeneren, maar hun begrip is nog wel letterlijk. Begrip van ziekte is vaag en het kind heeft moeite met het begrijpen van het onzichtbare van ziekte, organen en lichaamsfuncties. Kinderen in deze fase hebben vaak angst voor de dood en weten dat de dood permanent is.

*Adolescenten* (12+, *Formeel operationele fase*) beginnen abstract te denken, maar reacties zijn nog niet altijd in de juiste verhouding met de gebeurtenis. Ze hebben een goed begrip van ziekte en overlijden en de uitkomsten hiervan. Angst over de gebeurtenis van de patiënt wordt groter, met ontkenning als belangrijkste copingstrategie.

#### Discussie

Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek hoog te houden is gezocht in verschillende databases. Na de eerste zoektocht zijn geen nieuwe relevante resultaten aan het licht gekomen. Mogelijke systematische fouten zijn ondervangen doordat een tweede onderzoeker bij het gehele onderzoek betrokken is geweest. Dit duidt op een gedegen zoekstrategie.

## 'Kinderen van twee tot zeven jaar ervaren het soms als hun schuld'

De artikelen die gevonden zijn betroffen allemaal onderzoeken van kwalitatieve aard en scoorden laag op de kwaliteitsbeoordeling. Geen tot weinig interventies en hulpmiddelen zijn ge-

toetst op effectiviteit. Daarnaast komen veel interventies en hulpmiddelen voort uit de kinderafdelingen, waardoor het trekken van conclusies over effectiviteit van deze interventies en hulpmiddelen voor toepassing op de intensive care mogelijk niet adequaat is.

Twee artikelen dateren van voor 2000 waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten mogelijk minder hoog is. Daarentegen wordt in recentere literatuur gesproken over dezelfde interventies en hulpmiddelen.

#### Conclusie

De belangrijkste aanbevelingen zijn het toepassen van een ontwikkelingsgerelateerde benadering, het scholen van personeel en het inzetten van externe deskundigen. Daarnaast is gebleken dat de gevonden onderzoeken naar interventies van mindere kwaliteit en kwalitatieve aard waren. Meer onderzoek, zowel van kwalitatieve als kwantitatieve aard, naar interventies en de effecten op korte- en lange termijn wordt aanbevolen. ■

De gehele literatuurstudie plus de aanvullende tabellen behorende bij dit artikel zijn te vinden op:

[www.venticare.nl/venticaremagazine/aanvullingen-op](http://www.venticare.nl/venticaremagazine/aanvullingen-op)