

‘Gekwetst genezen’

Oplossingsgericht medisch handelen

Heidi Deboosere beschrijft haar ervaringen wat medisch pediatrisch handelen teweeg brengt bij kinderen en hun ouders. Ze benadrukt het belang van begrip en competentie van medisch personeel bij de behandeling van kinderen. Haar eigen ervaringen hebben haar gevormd tot wie ze nu is: een therapeut die zich inzet voor oplossingsgerichte benaderingen in de medische zorg, vooral bij kinderen met traumatische ervaringen. Ze stelt voor om therapeutisch oplossingsgericht handelen te integreren in de pediatrische zorg om angst en trauma bij kinderen te voorkomen. Dit script benadrukt ook het belang van keuzevrijheid voor patiënten en de rol van ouders als hechtingsfiguren. Heidi pleit voor een holistische benadering waarbij medische procedures worden gecombineerd met therapeutische oplossingsgerichte vaardigheden. Ze wijst ook op de rol van existentiële keuzes, nieuwe gewoonten en positieve feedback in het genezingsproces. Tot slot worden eigenschappen en attitudes van zorgverleners en verschillende niveaus van betrokkenheid in de therapeutische relatie besproken.

INHOUD

VOORWOORD

INLEIDING

1. CLIËNT/PATIËNT GEBONDEN FACTOREN

1.1 VRIJHEID VAN KEUZE

1.2 EXISTENTIËLE KEUZES EN GEWOONTEN

2. THERAPEUTGEBONDEN EN RELATIEGEBONDEN FACTOREN

2.1 EIGENSCHAPPEN EN ATTITUDES VAN DE MEDISCH-THERAPEUT

2.2 NIVEAUS VAN BETROKKENHEID IN DE THERAPEUTISCHE RELATIE

3. WEERSTAND, INTERESSANT

BESLUIT

EXTRA

BRONNENLIJST

Heidi Deboosere

Psychotherapeut i.o binnen de Oplossingsgerichte Cognitieve Systemische Psychotherapie.

Oprichter en therapeut van Het Speelbos, praktijk en verblijf voor gezinnen met kinderen met gedrag-, emotionele-, en opvoedingsproblemen.

Dit artikel betreft een eindwerk voor de vierjarige opleiding in de Oplossingsgerichte Cognitieve Systemische Psychotherapie - Korzybski – instituut Brugge - °2022 - °2023

Ik was het kind die al het zichtbare en onzichtbare in de gaten had, geen blad voor mijn mond hield en graag bezig was met volle focus. Verveling maakte van mij een lastig kind. Ik wou groot zijn; sliep veel te vroeg in een groot bed, droeg geen pampers meer op eenjarige leeftijd, en sprong in het water noch voor ik de techniek had om te zwemmen, maar ik zwom of redde mezelf áltijd - vol vertrouwen. Ik hield niet van schoenen en strakke haarrekkers – en al zeker niet als een ander meende dit te mogen beslissen. Ik liet me niet tussen de lijntjes drijven. Mijn kinderogen waren er met passie voor het leven - vol vertrouwen en dapperheid.

Maar... op mijn vier werd ik ernstig langdurend ziek. Ik ging niet meer naar school, bracht mijn tijd door in de zetel bij Roos die voor me zorgde als mijn ouders gingen werken. Ik herinner me een diepe moeheid waarbij ik mezelf onzichtbaar maakte onder mijn deken. Mijn duim bracht troost en het geluid van de afzuigkap huiselijke veiligheid. Ik wilde niemand tot last zijn, keerde me naar binnen. Het vrolijke kind was opgehouden te bestaan. Ik maakte me zorgen om de zorgen die door het hoofd van de grote mensen gingen. Op weg naar het ziekenhuis stelde ik mijn huilende hoogzwangere moeder gerust. Ik beloofde haar om te genezen en daarvoor mijn best te doen. Het bleef stil.

Ik blijf mijn best doen, ook al ben ik niet meer ziek

– ik zoek nog steeds de moeder die me toen achterliet.

De lift bracht mijn moeder en mij naar de pediatrische afdeling. Deze staat als een foto in mijn geheugen gegrift, net als de mensen die er deel van uitmaakten. Wie voor me diende te zorgen, werd door mijn kinderogen en vooral mijn bang hart gescand, gescreend en beoordeeld op hun professionele competenties. Wie in mijn kinderogen buisde voor praktijkcompetenties waren van die soort die niet deden wat ze zeiden te doen. Het waren verpleegkundigen en artsen die niet leken door te hebben dat kinderen meedenken en redeneren. De onmeetbare competentie waar de huidige medische wereld actueel steeds meer mee struggelt, was ook toen reeds bestaande.

Op ons meest angstige en kwetsbare moment zijn we het beste meetinstrument,
voor de onmeetbare competentie.

De taal dient ons te helpen zeggen wat we bedoelen over dat voelen.

“Ja mama, ik was flink toen die verpleegster me prikte. Ik had het jou beloofd. Ik heb haar verteld dat er bijna een baby bijkomt bij ons thuis, dat je buik al heel dik is en jij moe. Ja mama, ik praatte waarschijnlijk teveel - en misschien dat ze daarom niet terugpraatte – maar zo moest ik toch niet wenen. Plots waren er drie verpleegsters en ze maakten van mijn arm een plank met veel verbanden en een buisje die eruit stak. Ze leken te doen wat jij me had verteld. Maar mama: je had me toch beloofd dat als ik dan flink was, ik geen prikken meer zou krijgen. Waarom heb je me niet verteld dat ze elke nacht zouden komen om het in mijn vingertoppen te doen? Gelukkig deden ze het licht niet aan en maken tranen geen geluid. Waar was je mama? Ik zag je pas terug als ik alweer thuis was met papa en je had een ander - misschien wel flinker- kind met je meegebracht.”

Het heeft me gemaakt tot wie ik ben geworden,... zichtbaar ‘het vrijgevochten kind’ die bleef springen en zichzelf redden. Dapperheid maskeerde angsten en kwetsbaarheid en beschermde tegen de buitenwereld. Het gevoel van begrepen te worden door, en te bestaan in de gedachten en het hart van een liefdevolle, afgestemde ander is niet teruggekeerd. Tevergeefs, bleef ik er mijn best voor doen. Mijn focus ging naar het zorgen voor anderen; naar het geven van taal aan hun verborgen gevoelens en kwetsuren, naar het openbreken van verdoezelende diagnoses die nog verder afdrijft van wat de gekwetste patiënt écht nodig heeft.

Zo’n 38 jaar, een man, vier kinderen, en een bezielde therapiepraktijk later, heeft mijn dapperheid plaats gemaakt voor het omarmen van eigen kwetsbaarheden en angsten, diep te verbinden met wie me écht lief is en voor wie liefde van betekenis is.

Inleiding

Heel wat kinderen komen bij mij op therapie na traumatische medische zorg. Ze kenden angst, pijn en verzet tijdens medische handelingen. Zo ervaren de meeste kinderen ernstige stress wanneer ze zomaar worden geprikt. Ook tijdens andere onaangename handelingen zoals keel-, neus-, ooronderzoek, hechten of verzorgen van een wond, plaatsen van maagsonde of plaatsen van blaaskatheter, een fractuurreductie, beeldvormend onderzoek, zijn stress en verzet veel voorkomende problemen. Dit procedureel leed kan grote impact hebben op de zorgbeleving van zieke kinderen en hun ouders. Het kan leiden tot het mislukken van noodzakelijke medische handelingen, het gebruik van dwang, het ontstaan van anticiperende angst, wantrouwen en verstoring in de hechting en zelfs post traumatische stress. Maar ook zie ik een toename van kinderen die op verwijzing bij me langskomen en waarbij de therapie erop gericht is kinderen te helpen zoeken naar wat voor hen werkt om een routine onderzoek bij de kinderarts te ondergaan. Een noodzakelijk evolutie binnen de kindergeneeskunde dringt zich op. In het kader van angst – en traumavrije pediatrie is heel wat in ontwikkeling. Ik verwijs hiervoor naar het werk van Dr. Piet Leroy, kinderarts – intensivist en universitair hoofddocent, Procedurele Sedatie Unit & Pediatric Intensive Care Unit, Maastricht UMC+. Hij ontwikkelde procedurele comfortzorg en het 7P model. Binnen deze actuele ontwikkelingen is het mijn opvatting dat therapeutisch oplossingsgericht handelen mede kan bijdragen tot angst -en traumavrije pediatrie.

Binnen de pediatrie is alles erop gericht het kind te genezen. Artsen, verpleegkundigen, verzorgenden,... voeren binnen de vastgelegde hiërarchieën - die de mate van verantwoordelijkheid bepaalt - de medische procedures uit. Daarbinnen heeft ieder van hen zo zijn invulling van wat goede menselijke zorg is en handelt naar best empathisch vermogen, wat dat ook moge zijn. Daarnaast zijn er psychologen en spelbegeleiders aanwezig in het ziekenhuis. Zij komen tevoorschijn als het medisch personeel inschat dat de patiënt extra psychologische ondersteuning nodig heeft. Het is mijn bezorgdheid dat ieder kind binnen de pediatrie én bovendien in de veelheid van gespecialiseerde diensten waar kinderen eveneens terecht kunnen komen, recht hebben op een therapeutische-medische benadering als basis binnen de medische zorg. Ik denk aan kinderverpleegkundigen die een kind klaarmaken voor opname, maar ook aan de dagkliniek waar kinderen soms rechtstreeks terecht komen, een spoeddienst of een bezoek aan de neus – keel – oorspecialist, etc. Het is mijn betoog om medische procedure en medische zorg te laten samenvallen met een therapeutische oplossingsgerichte patiëntbenadering. Het is geen of-of-verhaal waarbij het medisch-wetenschappelijk model zich richt op oorzaak en passende behandeling binnen een universele toepasselijkheid van de ziekte enerzijds en therapie wordt ingeroepen indien psychologische moeilijkheden de kop op steken anderzijds. Voor mij dient een en-en-verhaal te geschieden waarbij eenieder die medische en verzorgende taken opneemt binnen de zorg voor het zieke kind, dit doet vanuit therapeutische oplossingsgerichte vaardigheden. Therapeutisch medisch handelen, kan mee vorm geven aan preventie van angst en trauma bij kinderen en hun ouders.

Het is hiervoor belangrijk enkele fundamentele van de oplossingsgerichte therapie te belichten binnen deze context met de betrokken actoren in het zorgproces.

1. Cliënt/patiëntgebonden factoren

Geen kind zonder ouder, geen ouder zonder kind. Het is een feit dat een kind niet alleen de wachtkamer van de kinderarts binnenstapt of een pediatrische dienst. Ze zijn vergezeld van een volwassene. Naargelang de omstandigheden, kan het gaan om een vader of moeder, een grootouder, leerkracht of begeleider van een buitenschoolse activiteit, ... Het is belangrijk dat men zich de vraag stelt of de persoon waarmee het kind wordt aangemeld de meest **aangewezen persoon** is om het bij te staan tijdens de medische procedures? (met uitzondering van extreme urgente zorg uiteraard). Zo werd ik ooit opgebeld toen mijn vijfjarige dochter was gevallen op school. Hoewel ik vijf minuten later bij haar aankwam, bleek haar wonde reeds te zijn gehecht. Medisch was alles opgelost, maar het kind was in shock. Bij haar medisch trauma en freeze-modus bij stress als gevolg, had niemand stilgestaan. Weken van slapeloze nachten en nachtelijke dromen, volgden. Had men haar gevraagd wat haar zou helpen deze situatie te verlichten, had ze ongetwijfeld mama, papa en haar teddybeer benoemd. Het is één van de vele voorbeelden van hoe het in praktijk kan verlopen. Het is ook opvallend hoeveel grootouders met hun kleinkind op raadpleging gaan of zich aanmelden op pediatrie. Het lijkt vanzelfsprekend daar ouders gaan werken, maar zijn zij ook werkelijk de mensen die het kind écht nodig heeft als ook onderzoeken moeten worden verricht en ze te maken krijgen met angst en stress.

Als ik in dit script spreek over het **kind als patiënt**, dan spreek ik onlosmakelijk ook over diens **hechtingsfiguur**. Gemakkelijkheidshalve noem ik deze 'moeder', die vele ladingen kan dekken binnen diverse gezinsvormen die onze samenleving kenmerkt. De moeder speelt een belangrijke rol in het medische proces van het zieke kind. De psyche van de moeder beïnvloedt haar kind, (zelfs al in de baarmoeder). Deze gedachte wordt meer en meer bevestigd door de wetenschap. Emoties van de moeder zoals angst en stress hebben invloed op de emoties, het leervermogen en het gedrag van hun kinderen. Het spreekt voor zich dat als kinderen in het ziekenhuis worden opgenomen of een medische handeling moeten ondergaan, moeders daarop emotioneel reageren. Zij nemen een belangrijke plaats in binnen het medische zorgproces van het kind. Willen we beschermende factoren invoeren in het angst- en traumavrij kinderen medische behandelen, dan dienen we de hechtingsfiguur als beschermende factor in het proces actief te betrekken en er zorg voor te dragen. Zij vertegenwoordigen het kind, maar zijn net zo kwetsbaar. Ze dienen als **waardige actor** in het therapeutisch medisch proces te worden gezien, wat een gunstige invloed heeft op het kind.

1.1 Vrijheid van keuze

Wanneer we ons beroepen op de medische gezondheidszorg, handelen we als patiënt veelal alsof we geen keuze hebben. We melden ons aan met een klacht, verwachten een oplossing ter genezing en volgen blindelings de procedures die ons worden opgedragen. In mijn praktijk zie ik heel wat kinderen en ouders met boosheid, emotionele ontredde – medisch gezond, maar emotioneel gekweld door de protocollen waar zijzelf of hun kind deel van uitmaakten. Zij komen na vele doktersbezoeken en onderzoeken ten einde raad bij mij op consultatie. Van huilbaby's tot constipatieproblemen, van psychosomatische klachten tot voedingsproblemen. Veel van die ouders kijken terug op een medische lijdensweg waar eerst alle medische oorzaken werden uitgesloten om als laatste advies bij de therapeut langs te gaan om de klacht van een andere kant te laten bekijken. Ouders stellen zich veelal hulpeloos en afhankelijk op. Anderen zijn boos, verruimen hun blik op de gezondheidszorg of zien het als een groeiproces in bewustwording van keuzes. Kinderen die het gevoel hebben geen keuze te hebben in wat hen overkomt, gaan in verzet, vertonen signalen van angst en stress.

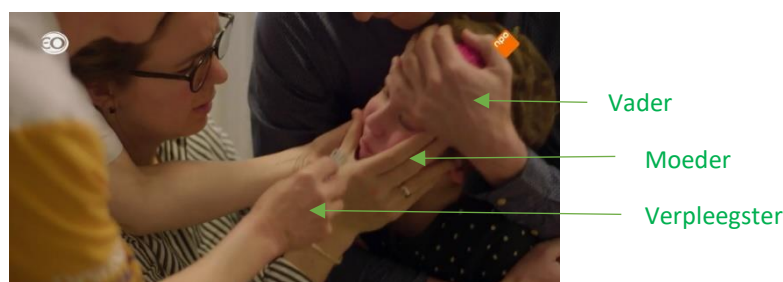
Een goede oplossingsgerichte therapeutische benadering, houdt in dat je als patiënt weet dat je kunt kiezen tussen verschillende gewoontes waar je meer of minder mee akkoord gaat. We zijn vrij ons zo te gedragen als we willen. Doch handelen we in het leven vaak zonder kiezen. Dit uit gewoonte. Het zijn onze vroegere ervaringen, opvoeding, genetische factoren, en de context die ons verhinderen om vrij te kiezen. We gaan ons sociaal wenselijk gedragen binnen het medische proces, overtuigd dat er geen keuze is en we verkiezen de gewoontes die ons eigen zijn om niet voortdurend te moeten kiezen.

Ik denk hierbij aan de discussie of er daadwerkelijk bij teveel kinderen trommelvliesbuisje worden ingeplant? Of ook de vraag of alternatieve geneeskunde voor sommige kinderen iets kan betekenen. Sommige ouders gaan alle pistes bekijken en maken een keuze naar - in hun ogen - de beste of meest passende behandeling. Hetzelfde geldt voor kinderen met luchtwegproblemen. Zo kende ik een gezin die emigreerde naar een land met warmer klimaat in plaats van het hele jaar door aerosol toe te dienen bij hun kind.

Het doel van de therapie is de patiënt te helpen kiezen. De patiënt kan ervoor kiezen te laten gebeuren wat gebeurt, conform diens gewoonte – ofwel in vrijheid te kiezen voor wat hij wil dat er gaat gebeuren. Iedere patiënt geeft aan de situaties, de symptomen, de feiten, ... samengevat 'de realiteit' - een andere betekenis te geven. Dit heeft invloed op het keuzegedrag. Ieder zijn bril op de werkelijkheid is hier een belangrijk gegeven waar rekening mee dient te worden gehouden.

Op het eerste zicht een moeilijk te realiseren doel binnen medische zorgcontext. Echter is niets minder waar. Het opent een debat naar de manier waarop medische zorg en medische procedures vorm dienen te krijgen.

Ook de plaats van ouders tijdens onderzoeken en medische handelingen, kan hiertoe ondergebracht worden. Wanneer medische en verzorgende handelingen nodig zijn, gaan deze vaak gepaard met angst en pijn. Hoewel het voor medici veelal over routine handelingen gaat, zijn het voor de patiënt overweldigende ervaringen die invloed hebben op onze diepste gevoelens en op onze verhouding tot ons fysieke bestaan – de kern van wie we zijn. Het is voor opgroeiende kinderen erg moeilijk om van hun angst en pijn te herstellen wanneer deze niet wordt veroorzaakt door 'vijandige strijders', maar door hun eigen verzorgers. Ouders die hun kind mee fixeren tijdens een vaccinatie, bloedafname, plaatsen van maagsonde, ... Het zijn één voor één zaken waar patiënten een keuze kunnen in maken, wanneer ze zich bewust zijn dat ze weldegelijk over een keuze beschikken.



Bron: Fragment 'Pilotenmasker 20 november 2017'

1.2 Existentiële keuzes en gewoonten

Tijdens een observatie op pediatrie was ik getuige van volgende situatie;

Dit meisje, van bijna twee jaar groeit op binnen een migratieachtergrond. In hun opvoedingscultuur is het gangbaar dat jonge kinderen bij verdriet en boosheid worden gesust met de borst als troost. Van separatie moeder – kind zoals dit de tweejarigen kenmerkt is bij dit kindje nog geen sprake. Ze is nog verkleefd met mama, wat duidelijk zichtbaar is de manier waarop ze samen hun tijd doorbrengen in het ziekenhuis.

Om het kind medisch op te volgen, was het noodzakelijk om het kind te wegen. De kinderverpleegkundigen spraken niet het Arabisch die de ouder machtig was, noch omgekeerd kon deze mama geen Nederlands. Het kind sprak nog niet.

De combinatie van beide beperkingen, zette irritatie bij de verpleegkundigen. Zij namen het meisje met een vriendelijke glimlach uit de moederschoot om het te wegen. Op de linker foto ziet u wat voor verzet dit teweeg bracht. Vervolgens nam de moeder het kind van de weegschaal en suste ze het huilen. De verpleegkundigen zetten de weegschaal op de grond en de moeder nam het over. Zie midden foto. De spanning was voelbaar, want deze follow – up aan de moeder overhevelen bleek geen optie. Op de rechtse foto ziet u hoe de rollen zich opnieuw omkeren. Te bedenken dat een kind perfect gewogen kan worden op moeders arm. Dit getal te verminderen met moeders gewicht, werd niet in overweging genomen. Maar wat is hier gaande vanuit de patiënt?



Het gaat om de existentiële keuze, waarmee we bedoelen wat wij onszelf voorhouden dat we willen zijn; zoals 'wat voor moeder ben ik voor mijn kind', 'welke opvoeding wil ik geven', 'op welke manier wil ik emotionele betrokkenheid vorm geven', ... Wanneer zich situaties voordoen waarbij gewoontes die daaraan tegemoet komen geen kans krijgen, komen we in moeilijkheden met onszelf. We krijgen te maken met schuld – en incompetentiegevoelens. We ervaren niet te zijn wie we willen zijn of niet te handelen zoals we verwachten van onszelf. Wanneer we geen zicht hebben op mogelijke oplossingen in dergelijke situaties gaan we onze verantwoordelijkheid vermijden. In deze situatie heeft deze moeder weldegelijk zicht op mogelijke resources, ze zouden perfect ingezet kunnen worden binnen het medisch oplossingsgericht therapeutisch handelen, maar helaas wordt deze moeder als lastig ervaren binnen de medische procedures. Het zijn deze lastige patiënten die uitnodigen tot reflectie over de manier waarop er therapeutische uitdagingen liggen binnen medische procedures.

Nieuwe gewoontes ontwikkelingen

Wanneer we medische procedures moeten aanvatten waarbij het kind in verzet gaat of angst vertoont, of de ouder is ontredderd, dient de therapeutische benadering er te zijn op gericht om nieuwe gewoonten te ontwikkelen. Het gaat erom de cliënt te betrappen op wat hij reeds doet in de gewenste richting en aan te knopen met eerdere gewoontes die bevredigender waren en meer in overeenstemming met zijn existentiële keuze. Wanneer ben je eerder al eens bang geweest? Hoe is het jou dan gelukt om dit te overwinnen? Hoe deed je dat precies? Wat heeft jou daarbij geholpen? Zou je dit nu ook kunnen toepassen? Als de cliënt oordeelt dat dit niet volstaat, kunnen nieuwe resources aangeboden worden; Ik denk hierbij aan het aanleren van ademhalingstechniek bij angstgevoelens. Of het leren focussen op afleiding terwijl een onaangename handeling wordt uitgevoerd. ... De medicus dient als therapeut de patiënt te helpen een context te creëren waarin hij weer kan kiezen tussen diverse gewoontes en niet op één onmogelijkheid gefixeerd blijft.

2. Therapeutgebonden en relatiegebonden factoren

2.1 Eigenschappen en attitudes van de medisch-therapeut

De eigenschappen en vaardigheden die artsen en verpleegkundige aan de dag dienen te leggen, dragen heel wat uitdagingen in zich. Denken we hierbij aan interesse in de patiënten, begrip, empathie en sympathie, humor, ... Het lijken menselijke eigenschappen die als vanzelfsprekend vorm krijgen binnen een zorgberoep, maar dat is het niet. In het bijzonder als we het hebben over het pediatrisch vakgebied, waarbij 'het kind' en diens 'ouders' centraal staat. Onze samenleving is doordrenkt van (ver)oordelingen gericht op ouders en kinderen. We spreken over 'flink en stout' gedrag die we moeten 'bestraften of belonen'. Al dient te worden gezegd dat we toch iets milder zijn voor het zieke kind en de emotionele ouder. Maar toch zijn ook artsen en verpleegkundigen, .. buiten de ziekenhuismuren actoren in onze (veroordeelende) maatschappij. Wanneer we cola in de papfles zien bij jonge kinderen, hebben we daarover een mening. De één vindt dit prima en ziet geen probleem, de ander vindt het onverantwoord. Binnen de pediatrie, wordt men continue geconfronteerd met duizend en één brillen op de werkelijkheid. Ook daarbuiten heeft eenieder zijn eigen unieke bril.

We zijn er ons intussen van bewust dat kinderen een kwetsbare doelgroep zijn binnen de medische gezondheidszorg. Ze zijn afhankelijk van de stem die hun ouders hen geven, maar ook deze zijn op hun beurt emotioneel op hun kwetsbaarst. Ze dienen zich over te hevelen aan de medische zorgprocessen waarbij de zorgverlener het kind dient te begrijpen in zijn totale persoonsje en diens context. De beste zorgers, zijn deze die voelen en doorvoelen, lezen wat niet geschreven is, begrijpen wat niet wordt gezegd en niets invullen in de plaats van de patiënt. Zaken die in geen protocollen zijn vast te leggen, maar stevige therapeutische vaardigheden vergt.

We dienen de nodige inspanningen te doen om een zo goed mogelijk zicht te krijgen op wie onze patiënten zijn. Hen helemaal begrijpen is een mission impossible want we hebben geen zicht op alle meespelende factoren. De één is een spraakwaterval, de ander blokkeert wanneer die wordt aangesproken door volwassenen. Zicht krijgen op wie ze zijn, hoe ze denken, voelen en ervaren draagt bij tot een betere medisch-therapeutische relatie. We dienen hen te geloven en au serieus te nemen. Feit is dat als we kinderen echt willen helpen er vertraagd moet worden. Ouders mogen hun stem vertegenwoordigen in zover zij niet de trage of net oneindige verhalen van hun kinderen zelf overnemen en versneld vorm geven. We dienen ook alternatieve manieren van communicatie te hanteren. Sommige kinderen kunnen beter aanwijzen waar hun beer pijn voelt, dan benoemen wat ze zelf voelen. De ander tekent haarfijne taal, wanneer woorden in de keel blokkeren. Kinderen nodigen uit tot oneindige creativiteit in de zoektocht naar het zicht krijgen op hun beleving. Het kind dient eveneens in zijn context begrepen te worden. Interesse en nieuwsgierigheid in de 'moeder' die het kind omringt, is eveneens van groot belang.

Kinderen zijn 'in verandering', 'in wording', ze zijn onderweg. Dit impliceert mogelijkheden en beperkingen eigen aan de leeftijdsfase. Als zorgverlener dienen we te schakelen en zo in te spelen op vele leefwereld, het denkvermogen en gevoelsleven van het kind. Ook de ouder met zijn mogelijkheden en beperkingen dienen we te betrekken in zijn gehele persoon als waardige actor in het genezingsproces van het kind.

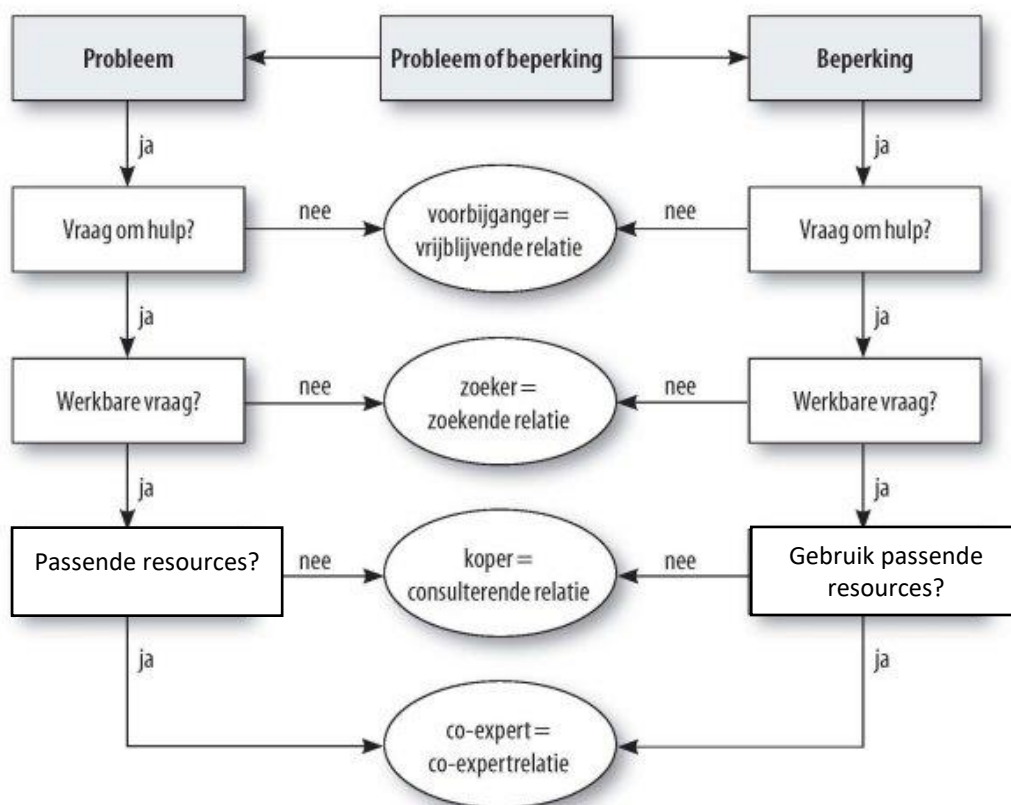
We dienen onze patiënt graag te zien, hen te aanvaarden en te respecteren voor wie ze zijn. Als zorgverlener zijn er grenzen aan wat we kunnen aanvaarden, denken we bijvoorbeeld aan het Münchhausen-by-proxy syndroom, aan ouders die uitschieten, hun tegenspraak, hun slechte gewoontes waar we mee te maken krijgen, etc. Dergelijke situaties leren ons dat hoe meer begrip we kunnen opbrengen voor deze patiënten - zonder hun gedrag daarbij goed te keuren - hoe groter de kans is dat zij meewerken in een aanpak. We dienen aan te sluiten bij hun existentiële keuzes. Ze moeten hun existentiële doelstellingen met andere middelen dienen te bereiken. We moeten onszelf verhinderen een afstandelijke neutraliteit aan te nemen, maar een actieve houding van respect voor hen als persoon aannemen. We dienen zicht te krijgen op wat voor hen bijvoorbeeld 'een goede ouder zijn' inhoudt? Hoe doen ze dat? Wat vinden ze goed voor henzelf en hun kind? We dienen hier een win-win uit te halen.

2.2 Niveaus van betrokkenheid in de therapeutische relatie

We streven ernaar een samenwerking tot stand te brengen waarin de patiënt expert van zijn eigen therapie kan worden. Eén van de vele valkuilen hierin is dat we als zorgverlener de patiënt te graag en te snel willen helpen. Als we menen dat het onze verantwoordelijkheid is om oplossingen aan te dragen, nemen we de plaats van de patiënt in. We duwen hen in een richting die zij zelf niet zou hebben gekozen wat leidt tot weerstand of afhankelijkheid.

Een therapeutische relatie daar werkt de therapeut hard voor; jointen, zich bewust zijn van taal, de klacht au serieus nemen, ... We dienen af te stemmen op de cliënt en nuttige dingen te ondernemen om alliantie te versterken. De therapeutische relatie is hierdoor constant in beweging en de therapeut is de motor hierin. We moeten ons hiervoor een aantal vragen stellen om het niveau van betrokkenheid in de therapeutische alliantie te bepalen. De flowchart , als interventieschema , is hierbij helpend.

De flowchart is een instrument die helpt om niet vooruit te lopen op de patiënt. Doen we dat wel dan botsen we op weerstand. Meer daarover verder in dit script. Bij ieder relatiepatroon horen interventiemogelijkheden.



Bron: handboek oplossingsgericht werken in het onderwijs.

Wanneer we als medici met een kind te maken hebben, is niet alleen het **kind** maar ook **diens ouder** een 'cliënt/**patiënt**' in de flowchart. Dit brengt extra uitdagingen met zich mee. Sommige ouders kunnen de klachten van hun kind haarfijn onder woorden brengen en zijn helpend in het bieden van emotionele zorg bij het medisch handelen. Andere ouders krijgen het niet gezegd, zijn angstig, bieden weerstand of 'gaan shoppen' van de ene arts naar de andere. Binnen het medisch handelen met kinderen krijgen we er hoe dan ook een hele context bij. Deze levert ons interessante informatie op, is bovendien inzetbaar in functie van therapeutisch medisch handelen en dient een actieve plaats te krijgen in de procedures. Ik kom hier verder op terug. Laat ons eerst even kritisch kijken naar de flowchart, naar de patiënt en zijn context die we dienen te lezen voorbij het zichtbare, willen we passende zorg bieden.

Vier vragen vormen de leidraad van het interventieschema. Bij ieder bevestigend antwoord gaat men over naar de volgende vraag. Bij ieder ontkennend antwoord is het nuttig de interventie te beperken tot dat niveau. Wanneer meer mandaat verkregen wordt, en het antwoord positief verandert, gaat men over naar de volgende vraag.

Vraag 1: Is er een oplossing denkbaar?

Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen problemen en beperkingen. Problemen zijn zaken waar oplossingen voor denkbaar zijn. We noemen beperkingen, dingen die niet opgelost kunnen worden. Dingen waar geen oplossing denkbaar is. We dienen ons te behoeden om deze laatste niet te willen oplossen. Traumatische gebeurtenissen uit het verleden, handicaps en chronische ziekten, ... zijn onomkeerbaar. Eveneens vroeger gemaakte keuzes zoals onze partner, het aantal kinderen in het gezin, ... limieten verbonden aan de cultuur, geslacht en leeftijd, socio-culturele achtergrond en onze opvoeding zijn één voor één beperkingen die ons eigen zijn. We dienen deze te aanvaarden en op te houden het verleden te willen veranderen. Vasthouden aan het onomkeerbare verleden is verlamrend en fixeert ons in slachtofferpositie. Ook als arts, waarvan verondersteld wordt dat deze alles oplost, is het helpend de cliënt te laten inzien dat beperkingen aanvaard dienen te worden, zodoende maximale emotionele energie te kunnen inzetten op het oplossen van problemen.

Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan kinderen die omwille van chronische ziekten geregeld naar de pediatrie moeten voor behandeling. Het gaat als het ware om medische routine in het leven van dat kind en zijn ouders. Toch is hier blijvend therapeutische inzet nodig. Hoewel het medisch lijden gekend is en wordt aangepakt, is het aanvaarden van een leven met chronisch ziek kind een proces met vallen en opstaan. Als arts, verpleegkundige, ... dient men de nodige aandacht hierop te vestigen.

Ook zag ik onlangs een moeder met een driejarige peuter. Het kind was binnengebracht met een brandwonde, opgelopen toen de mama het kindje in een te heet bad had geplaatst. Medisch werd het kind behandeld. Ik werd erbij gehaald om de mama - waarvan vermoed werd dat ze beperkte pedagogische vaardigheden had - te begeleiden. Uiteindelijk ontdekte ik een mama met een mentale beperking die deze goed kon verbergen. De zorg bestond erin om haar vaardigheden aan te leren en eveneens haar netwerk en omkadering uit te breiden rond de zorg voor haar kind. Wanneer dit kind opnieuw in contact komt met de kinderarts of de pediatrische dienst, dient rekening te worden gehouden met deze beperking, zodoende maximaal het kind te helpen bij zijn genezing en emotionele veiligheid.

Vraag 2: Is er een hulpvraag?

We moeten ons de vraag stellen; 'is er een hulpvraag'? Zoniet, spreken we over een vrijblijvende relatie. Zo kloppen sommige ouders met hun kind aan bij de kinderarts. Ze formuleren een hoop lichamelijke klachten of moeilijkheden, maar hebben geen voeling voor het psychisch aspect in de etiologie van de symptomen. Denken we aan huilbaby's, aan zij die de overgang naar flesjes weigeren, baby's die rumineren, kinderen met constipatie, buikklachten, neiging tot overgeven, moeilijke slapers, hoofdbonken enzovoort. Deze kinderen hebben een probleem van een andere soort dan datgene waarvoor de beschikbare en schaarse artsen nodig zijn.

"Mijn baby geeft zijn melk terug."

"Onze driejarige houdt zijn stoelgang op."

"Onze dochter slaapt niet."

"Mijn zoon voelt zich misselijk en heeft vaak buikpijn."

"Ons kindje weigert de overgang naar de fles"

...

De ouder wil een opname, specifiek onderzoek, medicatie of doorverwijzing naar verder medisch onderzoek. Hun klachten zijn fysiek van aard, ze menen te weten wat hen mankeert en wat zij nodig hebben. Patiënten van die soort, vormen een moeilijke doelgroep binnen de kindergeneeskunde.

- Verwijst de arts dergelijke kinderen meteen door naar de psychologische en psychotherapeutische zorg, dan loopt men het risico dat menig ouders nog even op zoek gaan naar een tweede opinie bij één van de collega's in de hoop bevestigd te worden in hun manier van kijken naar de moeilijkheden.
- Kiest men ervoor om toch niets medisch over het hoofd te zien, dan wordt de procedure van 'uitsluiten' opgestart. Het kind ondergaat een reeks medische en/of medicamenteuze procedures. Post stress / trauma na medisch handelen kan hier geschieden.

Het is belangrijk om na te gaan wat nuttig is aan een raadpleging van een patiënt in deze vrijblijvende relatie? Wat kan daarin helpend zijn?

- Een besluit waarbij geen medisch voorschrift wordt aangereikt of diagnose gesteld, ontgoocheld sommige ouders. Ze zijn namelijk op zoek naar een medisch fysieke verklaring voor de lastigheid waarmee ze te maken hebben. Een uitleg waarom hun kind niet stralend door het leven gaat en vrijgeleide om niets bij zichzelf te veranderen.
- Sommige ouders zijn dermate angstig en onzeker in het ouderschap, dat een consultatie bij de kinderarts voor een kuchje en zuchtje hen helpt. In dat geval formuleren ze medische klachten vanuit hun kind, maar onderliggend zit een eigen behoefte die ze onvoldoende zichtbaar maken.
- ...

Dergelijke consultaties zijn frustrerend en creëren ergernis bij artsen en patiënten. De arts en de patiënt zien andere oplossingen voor het probleem. Deze ouders zijn er van overtuigd dat er geen psychologische oplossing is voor hun probleem, ze kunnen hun gewoontes niet veranderen of zich niet voorstellen dat ondersteuning voor hen iets kan betekenen. Ze voelen zich onbekwaam of vertrouwen de zorgverstreker niet. Bang voor de diagnose of oordeel over hoe zijn hun ouderrol invullen. Bij vrijblijvende relaties geven ze medici en therapeuten geen mandaat en zal goedbedoelde zorg op weerstand botsen.

We moeten op zoek gaan naar werkzame strategieën. We dienen een positieve attitude aan te nemen door interesse te tonen voor het leven van de cliënt, voor zijn vaardigheden en verworvenheden. Hiermee creëren we een context waarin een hulpvraag kan ontstaan.

... wat kunnen we wél doen ...

Ouders aanspreken op hun inspanningen en toegewijde zorg voor hun kinderen. Erkenning geven voor de energie die kinderen hun ouders vergen. Appreciatie voor het blijvend opnemen van de vele rollen en taken als ouder, echtgenoot, werknemer in combinatie met de extra zorgen waarmee ze langskomen. Hen feliciteren voor de manier waarop ze intussen hun kinderen hebben proberen helpen.

Wanneer we te maken hebben met patiënten die overtuigd zijn van een fysische oorzaak, terwijl het voor de zorgverlener sprake is van een psychologische factor is het belangrijk dat we de visie van de patiënt proberen te delen om daarna zijn semantische keuzemogelijkheden te verruimen. We dienen te erkennen dat de symptomen werkelijk voelbaar zijn, dat de somatische klachten werkelijk bestaan, om van daaruit de wisselwerking tussen lichaam en geest bespreekbaar te maken. Hierdoor brengen we omzichtig alternatieve inzichten naar voren en wordt een constructief gesprek mogelijk in een context van wederzijds respect.

Vraag 3: Werkbare hulpvraag?

De hulpvraag die ouders formuleren rond hun zieke kind kan vaag zijn, of meer omschreven maar onwerkbaar omdat ze een oplossing uitsluiten. Ze weten wat ze níét willen, niet wat ze wél willen. De patiënt geeft ons meer mandaat dan bij een vrijblijvende relatie, maar ook hier lijken adviezen niet adequaat te zijn en weerstand op te roepen. Het is niet duidelijk waar de patiënt naartoe wilt, noch voor de medici, noch voor henzelf. We spreken over een **zoekende relatie**.

Nemen we hier even opnieuw het voorbeeld van de peuter die gewogen dient te worden tijdens de ziekenhuisopname. De mama stemt in met deze handelingen, maar neemt haar kind weg wanneer die in hyper stress geraakt. Er ligt hier duidelijk een hulpvraag voor, maar het is niet duidelijk waar de patiënt, noch de verpleegsters naartoe willen. Er dient te worden verstraagd, nagedacht en te zoeken naar wat werkbaar is voor dit kind en deze moeder. We dienen de patiënten te helpen hun sterktes te gebruiken om de doelstellingen waar te maken waar ze zich in kunnen vinden. Hetzelfde met het voorbeeld hieronder waar ik getuige van was.

In onderstaande foto zien we een vader en zijn baby dochter. Zij diende geprikt te worden bij opnamen. Er was een duidelijke hulpvraag tot genezing van zijn kind. Echter was de man bijzonder stil. Hij liet alle ruimte voor medische handelingen. Het is mij nog maar de vraag of de hulpvraag van deze vader, die overigens ook de stem van het huilende kind vertegenwoordigt volledig werd beluisterd? Of deze überhaupt ruimte had tot hulpvraag?

- Bekijk de afstand die de vader van zijn kind neemt,
- De jas die de man aan had in een warme omgeving,
- De bezorgdheid in diens ogen wanneer hij zijn kind terug in zijn armen heeft,
- Wat heeft die man hier nodig? Wat is helpend voor het kind?
- De therapeutisch oplossingsgerichte benadering binnen deze medische protocollen schreeuwt om een plek.
- En dan hebben we het nog niet over wat de toekomstige emotioneel beladen ouder teweeg brengt bij het verplegend personeel? Onzekerheid, druk, angst, ... Niemand wordt gelukkig van dergelijke situaties bij de zorg voor kinderen.



Bron: foto door Heidi Deboosere

We dienen hier als zorgverlener een werkbare hulpvraag op gang te brengen met duidelijke doelstellingen die in overeenstemming zijn met gewoontes van de patiënt. Hoe kunnen we samen met de patiënten een context bouwen waarin zij in staat zijn hun resources en hun vaardigheden te gebruiken om gewoontes te ontwikkelen die overeenstemmen met hun existentiële keuzen en bijdragen tot de medische handelingen of verzorging die dient te gebeuren.

Hoe kunnen we de vader in het bovenstaande voorbeeld zover krijgen dat hij de therapie voor zijn kind ter hand neemt? Hoe kan hij zijn vaardigheden en resources benutten in functie van een angst -en trauma vrije medische handelingen. We kunnen de interventie richten op 'oriëntatie hier en nu' en op 'oriëntatie op de toekomst'.

In het hier en nu dient met de vader gesproken te worden ...

... of er reeds goede gewoontes bestaan die helpend zijn voor het kind op momenten van stress? Hoe zien deze eruit? Wat was daarbij zo helpend? Wie neemt daarbij welke plaats in? Is dit inpasbaar in het medisch fysieke protocol? En op welke manier?

... 'Vonden er al medische ingrepen plaats die het kind angst -en traumavrij ervaarde? Hoe zagen deze eruit? Wat hebt u daarvoor gedaan? Hoe ziet u het vandaag graag aangepakt? Wat wenst u daarvoor te doen? ...'

... We dienen de vader te vragen naar zijn welbevinden op het moment van de opname. Hiervoor kunnen schaalvragen helpend zijn. Wat maakt dat de man zich 6 op de schaal van 10 op zijn gemak voelt? Voor een stapje hoger dienen we hem te helpen zijn resources zien. "Wat zou voor u helpend zijn om uw comfort nog te verhogen?" Als hieruit voortkomt dat de man zijn jas opzij wenst te leggen, even zijn partner wenst te contacteren, een glaasje water wenst of hoognodig naar het toilet moet om dan stressvrij zijn kind te kunnen bijstaan, zal dit het medische zorgcomfort voor het kind alleen maar ten goede komen.

We kunnen ook vanuit de oriëntatie op de toekomst de vader bevragen naar wat voor hem en zijn kind comfortabele zorg betekent. De wondervraag is daarbij een krachtige techniek. Het is uitnodigen tot visualiseren van een gewenste situatie. Belangrijk is ook de patiënt als actor in deze mirakelvraag te zetten. De tweede vraag is een belangrijke aanvulling op de eerste, omdat we de patiënt uit de passieve positie halen en actor laten zijn in zijn eigen proces.

... wat kunnen we voor u doen, zodat u zich op uw gemak voelt tijdens deze ingreep?

... is er iets die jij zelf nog wilt doen om uw comfort te verbeteren?

We kunnen daarbij het probleem niet steeds weg werken, maar streven naar wat meer haalbaar is, naar een manier waardoor het voor mensen 'ok' is.

... Wat moet volgens u gebeuren zodat uw kindje zich emotioneel veilig voelt tijdens deze onderzoeken?

... wat wil je zien gebeuren/veranderen om overweg te kunnen met deze situatie?

... Als er een fee voorbij zou komen met haar toverstaf, en ze kan jou een beetje helpen doorheen dit onderzoek, hoe zou dit er dan uitzien?

We krijgen zicht op de gewenste werkelijkheid van onze patiënt die we in alliantie dienen na te streven. De manier waarop de vader en de baby de opname doormaakten, zou er anders hebben uitgezien. Hoe anders precies, dat kan enkel de vader invullen, gezien hij actor is, in dit medisch – therapeutische proces. De therapeut beperkt zich tot het faciliteren van het ontdekken van zijn resources.

Vraag 4: Passende resources?

Patiënten die een **consulerende relatie** aangaan met de arts of verpleegkundige, zijn van die soort dat ze een werkbare hulpvraag hebben waarbij ze op zoek zijn naar passende resources.

Bavo, is een elf jarige jongen die voor de derde keer op pediatrie terecht komt voor een darm en maagspoeling bij heftige constipatieproblemen. Hij is een eigenzinnig kereltje, wiens moeder conflict vermijdt in de opvoeding van haar kinderen staat. Bavo weigert groenten en fruit, eet bergen wit brood met choco. Ook chocomelk en bananen staan elke dag op zijn menu. De mama vindt een gelukkig kind belangrijker dan een preventieve inzet op constipatie. De opvoedingsstijl van de mama lijkt eerder een beperking dan probleem. Wanneer ik aankom in het ziekenhuis op een eetmoment; kiest Bavo bij de bedeling van de avondmaaltijd opnieuw voor wit brood, met choco en een tas chocomelk. De verzorgende geeft de jongen wat hij vraagt, terwijl de baxter verder inloopt. Ik was gechoqueerd dat een kind met dergelijke problematiek uitsluitend medisch gespoeld werd zonder actief deel uit te maken van zijn eigen genezingsproces. Ik als externe therapeut werd erbij gehaald. De jongen werd actor in zijn genezingsproces, de hulpvraag was er weldegelijk maar hij miste inzicht in de link tussen voedselkeuze en zijn medisch probleem. Hij was er zich ook niet van bewust dat hij actief zelf zijn probleem kon aanpakken. De medische context waarin kinderen verblijven, dient doordrenkt te zijn van oplossingsgerichte therapeutische vaardigheden. Pas op die manier wordt medische zorg ook echt doeltreffend en worden patiënten zelfbewust en actor in hun zelftherapie.

Vanuit een oplossingsgericht perspectief helpen we als zorgverlener feiten aan te reiken om de patiënt te helpen ontdekken - 'betrappen' – op resources waarover ze beschikken. We helpen kinderen zicht te krijgen op hoe ze kunnen bijdragen aan hun genezingsproces. We bieden hen informeren over mogelijke technieken die helpend zijn in behoud van kalmte bij stress, ... We reiken technieken aan die de patiënt laat ervaren dat die in staat is zijn problemen op te lossen en zoeken naar het nut van symptomen; waarvoor helpen ze? Beschermen ze? Waartegen protesteren ze? Hoe kan de noodzakelijke ingreep of medische handeling op een comfortabeler manier? Als dit voor de patiënt duidelijk is, ontwikkelt die eigen helpende vaardigheden. Wanneer een patiënt zelf een oplossing voorstelt, zal dit zijn zelfredzaamheid in sterke mate versterken.

Toen mijn jongste kind op eenjarige leeftijd een ernstige longontsteking had, wenste men hem op te nemen. Hij diende 's morgens en 's avonds intraveneus antibiotica te krijgen. Alsook meermaals aerosol per dag. Toen ik de dokter vroeg om hem te mogen meenemen naar huis en twee keer per dag met hem langs te komen voor zijn medicatie, was duidelijk dat deze vraag niet vaak werd gesteld. We dienden een volledige opname te betalen om het instituut draaiende te houden, maar kregen groen licht. Op die manier kon onze jongen rustig thuis genezen in zijn vertrouwde context en werd het leven van onze drie andere kinderen ook niet overhoop gehaald met babysits en gezeul naar grootouders. We hebben al snel het gevoel afhankelijk te zijn van artsen en onze dankbaarheid te moeten uiten in gehoorzaamheid. We vergeten daarbij al te vaak om onze sterktes en inzichten binnen medische doelstellingen in te zetten. Ik was ik me er ook van bewust dat de medische sector overigens ook een commerciële business is. De patiënt is het product die de investering rendabel dient te maken; scans, ph-metrie metingen, opnames,... Een complexe context, waar hiërarchie de mate van verantwoordelijkheid bepaalt en waar het zoeken is naar de gemeenschappelijke doelen voor de patiënt, de arts die voor de patiënt zit en diegene die het maatpak bekleedt ergens in de ivoeren toren van het instituut.

Wanneer de therapeut optreedt als supervisor die het zelfmanagement en zelfredzaamheid begeleidt, spreken we over een **experten relatie**. De patiënt is expert in zijn wensen en zijn mogelijkheden die over een gewenst scenario beschikt en weet hoe daartoe te komen. De medici binnen de geneeskunde is expert in kennis van fysische symptomen en medische procedures en ingrepen. De uitdaging bestaat erin deze medisch fysieke procedures af te stemmen op wat de patiënt psychisch nodig heeft daarin. We dienen de psychische wensen van de patiënten met hen om te vormen tot werkbare hulpvragen. Dit is een evenwaardig doel in het medisch fysieke proces. We dienen resources te helpen ontdekken die nodig zijn om dat doel te bereiken. De oplossingen die de patiënt voorstelt, zijn te verkiezen boven diegene die de therapeut zou willen voorstellen, omdat men de zelfredzaamheid dient te bevorderen en inzet op efficiëntie. De handleiding van de patiënt zetten we voorop, wetende dat 40% van de succes ratio van de therapie afhangt van het gebruik van deze cliëntfactor; 'het ontdekken en benutten van diens eigen handleiding'.

Het kan zijn dat de patiënt tevreden is met de medische evolutie, daar waar medici nog problemen zien. Dit kan behoorlijk lastig zijn en vraagt terughoudendheid. Niet wij, maar onze patiënt is eigenaar van zijn leven en handleiding daarin.

Toen mijn zoon veertien jaar was, werd hem een VR-bril opgezet die hem rustig moest houden bij het hechten van een opgelopen snede. De verpleegkundigen trots met hun 'therapeutische investering', mijn zoon in paniek. Hij rukte die bril af en zei; "Ik wil dit niet. Ik wil zien wat er gaat gebeuren net zoals wanneer mama mijn nagels knipt." Hij liet zich rustig naaien, kreeg de info van wat men ging doen en hij volgde de medische handelingen die op hem werden toegepast.

Het is hier de patiënt die zich bewust is van diens keuze. Ik hoop dat de medische wereld het therapeutisch oplossingsgericht denkkader steeds meer gaat integreren in de toekomst en kinderen en ouders op die manier minder traumatische angst en stress ervaren, die zijn sporen nalaten.

3. Weerstand, interessant!

Traditionele zorgprocessen en werkafspraken houden zelden rekening met procedureel comfort van de patiënt. Logistieke omstandigheden bepalen eerder wanneer een kind wordt geprikt, wanneer verpleegkundigen binnengaan op de kamer om temperatuur te nemen of het kind te verzorgen,... , dan dat er wordt afgestemd op wat het kind en diens ouder nodig hebben qua comfort. Het comfort tijdens procedures wordt niet als gelijkwaardig behandelingsdoel gesteld. Het inzetten van medisch – therapeutische doelen, krijgt vaak pas aandacht wanneer het problematisch is geworden. Wanneer al ernstige angst is ontstaan, wanneer het kind zich niet meer laat behandelen, procedures dreigen te mislukken of ouders weerstand bieden,...



Bron: foto door Heidi Deboosere

Op bovenstaande foto zien we de vader in de onderzoekskamer bij opname van zijn dochter. Vervolgens worden ze naar de kamer gebracht, iets verder in de gang. De man bekapt en bezakt, is verhinderd om zijn kind te dragen en op die manier emotionele nabijheid te bieden aan zijn zonet geprikte dochttertje. Ze ondergaan dit, maar weerstand zou op zijn plaats zijn en uitnodiging na te denken over patiëntencomfort binnen medische procedures.

Weerstand dienen we niet bij de cliënt of zijn gezinssysteem te leggen. Het nodigt ons uit om kritisch naar onze eigen werkprijktijk te kijken en na te gaan waar we de cliënt voorbij staken, waar we te snel invulden wat de patiënt nodig heeft en wat goed voor hen was. We dienen ons bewust te zijn van de circulariteit van de relatie. De patiënt reageert op iets wat wij zorgverleners doen en omgekeerd. Mandaat is hierbij belangrijk. Therapeutische interventies dienen we aan te passen aan het verkregen mandaat. Om te weten hoever ons mandaat reikt, dienen we na te gaan waar we ons bevinden op het interventieschema en onze interventie daarop aan te passen.

Een ouder die langskomt met een kind met een oorontsteking, impliceert niet meteen dat die ook bereid is buisjes te laten plaatsen bij zijn of haar kind. Als arts bewust zijn waar de patiënt zich bevindt op het interventieschema voorkomt frustratie in de relatie met de patiënt.

Besluit

De ervaringen en de reflecties binnen dit eindwerk belichten de nood aan therapeutisch handelen tussen patiënten en zorgverleners in de context van kindergeneeskunde.

Het wordt duidelijk dat de formulering van een effectieve hulpvraag essentieel is voor een succesvolle interactie. Ouders die met hun kinderen bij de kinderarts aankloppen, presenteren vaak medische klachten, maar deze kunnen dieper geworteld zijn in gedragsmatige en psychosomatische problemen. De uitdaging ligt in het herkennen en aanpakken van de werkelijke behoeften van de ouders en het kind, zelfs wanneer deze niet expliciet worden geuit.

Het respecteren van vrijblijvende relaties en het bevorderen van een zoekende relatie tussen zorgverleners en patiënten is van cruciaal belang. Dit vereist een zorgvuldige afstemming en het creëren van een omgeving waarin ouders en kinderen zich gehoord en begrepen voelen.

Het eindwerk benadrukt ook het belang van een oplossingsgerichte benadering binnen de kindergeneeskunde. Het activeren van de eigen krachten en resources van de patiënt, en diens ouders, draagt bij aan zelfredzaamheid en een positieve invloed op het genezingsproces. Het is van vitaal belang om een expertenrelatie te cultiveren, waarbij zowel de zorgverlener als de patiënt als experten in hun respectievelijke domeinen worden erkend.

Het voorbeeld van Bavo illustreert hoe kinderen actief kunnen deelnemen aan hun genezingsproces als ze bewust worden gemaakt van de link tussen hun keuzes en medische problemen. Dit roept op tot een verandering in de medische context, waar oplossingsgerichte therapeutische vaardigheden geïntegreerd moeten worden om de effectiviteit van de zorg te vergroten.

In de toekomst zou verdere integratie van therapeutisch oplossingsgericht denken in de kindergeneeskunde de mogelijkheid kunnen bieden om traumatische angst en stress bij kinderen en ouders te verminderen. Het eindwerk benadrukt ten slotte de noodzaak om comfort tijdens procedures als een gelijkwaardig behandelingsdoel te stellen, wat een verschuiving vereist in de huidige logistieke benaderingen.

Kortom, het eindwerk benadrukt de complexiteit van communicatie in de kindergeneeskunde en biedt inzichten die van waarde kunnen zijn voor zorgverleners, ouders en kinderen in het streven naar een verbeterde zorgpraktijk.

Heidi Deboosere, 2003

EXTRA

Ter informatie een voorbeeld van een opnameprotocol die wordt toegepast in een Vlaams ziekenhuis. Het is een feitelijke opsomming van medische handelingen. De sociaal therapeutische skills bij uitvoering worden niet opgenomen. Men spreekt hier en daar over 'vriendelijk', 'aangepast', 'kindvriendelijk', 'adequaat'... de invulling zal bij iedereen anders zijn. Vanuit mijn praktijk begeleid ik kinderen met angst – en trauma na medisch ingrijpen. De nood aan het inzetten van doordachte en preventieve therapeutische skills binnen de medische protocollen, lijkt mij een hoogdringendheid. Met dit eindwerk ter afronding van mijn vierjarige opleiding bij Korzybski, wil ik daartoe bijdragen.

Doel

Een opname zo vlot mogelijk laten verlopen door middel van goede voorbereiding en interventie. Dit aangepast aan de leeftijd van de patiënt. Om hierdoor zo weinig mogelijk angst en onzekerheid te creëren bij de patiënt en zijn ouders of begeleider.

Toepassingsgebied

Een Vlaams ziekenhuis

Werkwijze

Vorbereiding

- De verpleegkundigen stellen zich voor.
- Patiëntidentificatie uitvoeren.
- De patiënt wordt vriendelijk onthaald en begeleid naar de wachtruimte, onderzoekskamer of kamer.
- Geef duidelijk aangepaste informatie aan patiënt en ouders of begeleider tijdens de volledige opnameprocedure.
- Om de patiënt adequaat op te vangen en te begeleiden tijdens de opname kan er indien nodig beroep gedaan worden op de pedagogische medewerker.
- De verpleegkundige bekijkt de orders van de behandelende arts in HIX
- Leg al het nodige materiaal klaar voor de opname in de onderzoekskamer.
- Bereid de medicatie voor die dringend moet worden toegediend.
- De toegewezen kamer van de patiënt wordt voorbereid.
 - Bed aangepast aan de leeftijd.
 - Zonodig pampers klaarleggen.
 - Fles water + glas
 - Eventueel linnen voor waakbed.
 - Eventuele monitor.

Werkwijze

- Uitvoeren medisch voorschrift.
- Handhygiëne toepassen.
- Patiëntidentificatie uitvoeren.
- Deze procedure wordt meestal door 2 verpleegkundigen uitgevoerd.
- De patiënt wordt samen met de ouders of begeleider naar de onderzoekskamer gebracht.
- Uitvoeren van de eerste (dringende) interventies. (aërosol geven, infuus prikken, visser afnemen,...)
- Verpleegkundige anamnese afnemen.
- Vraag na of er iemand blijft bijslapen en eten.
- Formulier voor aanvraag attesten en broodbuffetwagen ligt klaar in de kamer.

- Geef brochures mee in verband met : De kinderafdeling, valpreventie en indien mogelijk infobrochure over de opname (rsv, ph-metrie, polysomnografie,...)
- Installeer de patiënt in de kamer, controleer of de patiënt een correct (geel/wit) armbandje aan heeft en er een armbandje aan het bed hangt.
- Controleer of alles naar wens is bij de patiënt.
- Indien van toepassing isolatie indicatie uithangen aan de deur van de kamer.
- Maak het patiëntendossier op.
- Maaltijden aanvragen :
 - Maaltijden voor waak aanvragen in HIX
 - Pediatrische voeding inbrengen via voedingsvoorschrift in anamnese.
 - Flesvoeding inbrengen in toedieningsregistratie onder medicatie onbekend.

Nazorg

- Verwijder alle afval in de juiste recipiënten: zie afvalbeleid
- Ruim de onderzoekskamer op
- Scan bedside de afgenomen stalen en bezorg deze aan het labo
- Leg alle herbruikbare materiaal op de juiste plaats

Rapportage

Patiëntendossier:

- Teken de uitgevoerde zorg/orders af.
- Zorg ervoor dat alles in templist staat (saturatiemonitor, zuurstofbril, perifere lijn,...)
- Noteer observaties in rapportage

Aandachtspunten

- Een kindvriendelijke benadering en kwalitatieve zorg is van primair belang bij een opname in het ziekenhuis. “ Een kind is geen kleine volwassene”.
 - Probeer zoveel mogelijk gebruik te maken van afleiding om zo de pijn & angst wat weg te nemen
 - Zeepbellen blazen
 - VR-bril
 - Kalinox.
- Zorg dat de nodige isolatie steeds is vermeld in Hix & isolatieklever aan de deur hangt.
- Aandacht voor volledigheid templist.
- Indien ouder of begeleider zelf thuismedicatie bij zich heeft, gelieve erop te wijzen dat deze medicatie moet worden afgegeven aan de verpleging. Graag de medicatie in de medicatiekar of medicatiefrigo plaatsen.
- Zorg dat rooming-in en voeding van de waak zijn aangerekend!

Verantwoordelijkheden

De behandelende arts is verantwoordelijk voor het opnamebeleid van de patiënt. De verpleegkundige voert in opdracht van de arts het medisch voorschrift uit.

Bronnenlijst

Luc Isebaert en Geert Lefevere (red.), De therapeutische alliantie. Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie. Academie Press, 2022, Gent

Myriam Le Fevere de Ten Hove, Korte Therapie. Handleiding bij het 'Brugs model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren. Garant uitgeverij, 2007, Antwerpen.

Erwin De Bisschop, Een relatieprobleem? Wat nu? Garant, 2019, Antwerpen.

Piet Leroy, Van Trauma naar vertrouwen. Procedurele comfortzorg als de missing link voor goede zorg. Tijdschrift voor praktische pediatrie, juni 2021 nummer 2.

Bessel Van der Kolk, Traumasporen in lichaam, brein en geest. Uitgeverij mens, 2022, Antwerpen.

Gabor Maté met Daniel Maté, De mythe van normaal. Uitgeverij Ankh Hermes, 2023, Utrecht.

Franz Ruppert, Vroegkinderlijk trauma. Zwangerschap, geboorte en eerste levensjaren. Uitgeverij mens, 2019, Aalst.

Vertrouwelijkheidsverklaring

De informatie in dit document, inclusief eventuele bijlage(n), zijn vertrouwelijk en uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking aan en gebruik door anderen is zonder toestemming niet toegestaan. Er kunnen geen rechten worden ontleend aan de informatie in dit bericht.