



Is rooming-in in op de neonatologie?

Impact van rooming-in op de relatie tussen neonaat en ouder op neonatologie

Bachelor Verpleegkunde

Academiejaar 2022-2023

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Beyza Özkan en Silke De Locht

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorproef "Is rooming-in in op de neonatologie: Impact van rooming-in op de relatie tussen pasgeborenen en ouder op de neonatologie". Een literatuurstudie die wordt uitgewerkt in een prototype als handvat voor de verpleegkundige op de neonatologie. De bachelorproef is geschreven door Silke De Locht en Beyza Özkan, beiden vierdejaars studenten verpleegkunde van de professionele bachelor verpleegkunde aan de Thomas More hogeschool te Lier.

Er werd voor dit onderwerp gekozen omwille van boeiende stages op de neonatale afdelingen. Tijdens onze stage op een neonatale afdeling kwamen we beiden in contact met kersverse gezinnen die vlak na de geboorte al een moeilijke periode doorstaan vanwege de hospitalisatie van de pasgeborene op een neonatologie. We wisten allebei dat we een onderzoek zouden doen dat kon bijdragen aan een aangenamere hospitalisatie voor zowel pasgeborenen als ouder. Toen het onderwerp "impact van rooming-in" werd aangeboden door het Heilig hartziekenhuis Lier waren we beiden enthousiast om dit uit te werken.

Het schrijven van de bachelorproef heeft ervoor gezorgd dat we onszelf vaak zijn tegengekomen, zowel op persoonlijk als professioneel vlak. We hebben meer ervaring gekregen in de omgang met onbekende databanken en een verscheidenheid aan bronnen waaruit we relevante informatie moeten selecteren. Kort samengevat, het was een enorme uitdaging om het schrijfproces tot een volmaakt einde te brengen.

Graag willen wij onze bachelorproef begeleidster bedanken voor de uitstekende begeleiding en ondersteuning tijdens het proces. U heeft ervoor gezorgd dat we ondanks de uitdaging toch onze bachelorproef tot een hoger niveau hebben kunnen tillen. Ook willen wij de neonatologie van het Heilig Hartziekenhuis Lier bedanken voor hun bijdrage aan het proces. Tot slot willen wij onze familie en vrienden bedanken voor hun steun en vertrouwen doorheen het academiejaar.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Abstract

Probleemstelling: Op de neonatale afdelingen wordt voornamelijk gewerkt vanuit de principes van ontwikkelingsgerichte zorg. Ontwikkelingsgerichte zorg is een overkoepelend begrip voor alle interventies, ontwikkeld om de neonatologie aan te passen en zo de stress die de pasgeborene ervaart, tot een minimum te beperken. Ontwikkelingsgerichte zorg wordt ondersteund door verschillende praktijken: NIDCAP, FINE, FCC, kangoeroeën en ouderparticipatie. De betrokkenheid van de ouders bij de zorg van hun pasgeboren kind maakt een groot deel uit van de huidige werking op de meeste neonatale afdelingen. Ouderparticipatie maakt een groot deel uit van de ontwikkeling van de hechting. Hechting wordt omschreven als een duurzame relatie tussen het kind en de hechtingsfiguur (primaire verzorger zoals mama). Deze relatie uit zich in de vorm van gehechtheidsgedrag. Dit gedrag vertoont het kind in de poging om de hechtingsfiguur naderbij te krijgen. Scheiding tussen pasgeborenen en ouders heeft grote langetermijneffecten voor de ontwikkeling van het kind op latere leeftijd. Door een opname op een neonatale afdeling ontstaat er een breuk in de nabijheid tussen ouder en pasgeborene. Deze afstand heeft een grote impact op het hechtingsproces tussen ouders en pasgeborenen. Door rooming-in toe te passen, waarbij de ouder 24 uur per dag aanwezig is, kunnen we deze afstand verkleinen en het hechtingsproces beter ondersteunen tijdens de opname.

Doelstelling: Hoe kunnen we de effecten van rooming-in implementeren, met oog op het verhogen van de ouderparticipatie op de NICU/N*? Er werd een literatuurstudie gedaan om op zoek te gaan naar de positieve effecten die rooming-in zou teweegbrengen. Verder werd er onderzocht hoe de ouderparticipatie kan verhoogd worden om de ouder-kind binding te bevorderen op de neonatologie.

Zoekstrategie: Pubmed werd doorzocht met de filters afgebakend tot de laatste 7 jaar en enkel Nederlandstalige en Engelstalige artikelen. Er werd gezocht onder verschillende combinaties van zoektermen waaruit een verscheidenheid aan resultaten werd bekomen. Een verscheidenheid aan artikelen verder weerhouden voor de literatuurstudie. De databank Google Scholar werd doorzocht met verschillende combinaties van zoektermen, waaruit verschillende artikelen werden weerhouden. Er werd niet gezocht onder filters. Er diende informatie bekomen te worden die onveranderd was doorheen de tijd. Voor de andere artikelen werd er wel gekeken naar de datum waarop de artikelen werden gepubliceerd. Cochrane Library werd doorzocht met de filters afgebakend tot de laatste 7 jaar, hieruit werd 1 artikel weerhouden. Ook Springerlink werd doorzocht met de filters afgebakend tot de laatste 5 jaar, waarvan 1 artikel werd weerhouden. Er werd algemeen gezocht op Google waaruit enkele websites werden weerhouden. Tot slot werd er nog gericht gezocht naar bronnen via enkele websites.

Resultaten: Op basis van de wetenschappelijke literatuur werd bewezen dat rooming-in verschillende voordelen heeft voor de ouder-kind binding. Het is belangrijk om als verpleegkundige op van deze ouderlijke aanwezigheid gebruik te maken, en de ouders zo goed mogelijk te laten participeren in de zorg.

Conclusie: De verpleegkundige kan aanzien worden als belangrijkste schakel tussen ouder en kind op de neonatologie. Wanneer wegens organisatorische en architectonische redenen rooming-in niet mogelijk is, worden ouders door het aanbod van tips & tricks van de verpleegkundigen ondersteund tijdens deze kritieke periode in de ontwikkeling van de pasgeborene. En wat is er mooier dan het ondersteunen van de meest unieke band die door de mens is gekend?

Inhoudstafel

<u>VOORWOORD</u>	2
<u>ABSTRACT</u>	3
<u>INHOUDSTAFEL</u>	4
<u>LIJST VAN ILLUSTRATIES</u>	5
<u>INLEIDING</u>	7
<u>1 PROBLEEMSTELLING</u>	8
1.1 Begripsomschrijving	8
1.1.1 De prematuur	8
1.1.2 Neonatale afdelingen	8
1.2 Incidentiecijfers	9
1.3 Ontwikkelingsgerichte zorg	10
1.3.1 NIDCAP	10
1.3.2 FINE	10
1.3.3 Family centered care	11
1.3.4 Kangoeroeën	12
1.3.5 Ouderparticipatie	12
1.4 Ouder-kind binding	13
1.4.1 Hechting	13
1.4.2 Gevolgen van scheiding	16
1.4.3 Ouder-kind binding op de neonatale afdeling	16
1.5 Rooming-in	16
1.6 Verpleegkundige relevantie	17
<u>2 VRAAGSTELLING</u>	18
<u>3 ZOEKSTRATEGIE</u>	19
<u>4 RESULTATEN</u>	20
4.1 Effecten van rooming-in op de ouder-kind binding	20
4.2 Ouderparticipatie op NICU/N* verhogen	22
4.2.1 Ouders ondersteunen, begeleiden en educatie	23
4.2.2 Ouderlijke aanwezigheid en zorgverlening	23
5.1 PROTOTYPE	24
5.2 PLAN	26
<u>DISCUSSIE</u>	28
<u>CONCLUSIE</u>	30
<u>REFERENTIELIJST</u>	31
Bijlage	34

Lijst van illustraties

Figuur 1: Prematuur geboren in 2020
p. 9

Figuur 2: Pasgeborene onder de 2.500 gram
p. 9

Figuur 3: Conceptueel model
p. 18

Figuur 4: Bloemen diagram van de belangrijkste elementen van ontwikkelingsgerichte zorg van pasgeborenen en families (Detollenaere et al. , 2022)
p. 22

Figuur 5: PDCA cyclus: methode voor het continu verbeteren van processen (Proces optimisten, 2019)
p. 26

Inleiding

Wat is er mooier dan de geboorte van een kind? Nieuw leven met een hele toekomst voor zich. Nieuw leven waar ouders 9 maanden geduldig naar uitkijken. Helaas verlopen sommige zwangerschappen en geboorten niet altijd zoals verwacht. Hierdoor moet dit langverwachte wonder soms voor korte duur, maar vaak voor weken of zelfs maanden opgenomen worden op een neonatale afdeling.

Sinds de jaren vijftig hebben talrijke wetenschappelijke studies aangetoond dat een goede band tussen een pasgeboren kind en zijn ouders noodzakelijk is voor het kind om uit te groeien tot een gezonde, evenwichtige volwassene. Een ziekenhuisopname heeft helaas een grote impact op zowel de pasgeborenen als op het gezin. De spontane verbinding tussen ouders en kind, die nodig is voor het opbouwen van een goede band en voor de ontwikkeling van de pasgeborenen, is daardoor minder vanzelfsprekend of soms zelfs onmogelijk.

In deze bachelorproef wordt een literatuurstudie gevoerd naar de belemmering van de ouder-kind binding tijdens een opname op neonatologie, en wat de verpleegkundige kan doen om de ouders meer te betrekken bij de zorgen van hun pasgeboren kind. Er bestaan mogelijkheden op de neonatologie, zoals rooming-in, waarbij ouders meer aanwezig kunnen zijn op de afdeling. Rooming-in toegepast om kersverse ouders de mogelijkheid te geven om 24 uur per dag aanwezig te zijn bij hun pasgeboren baby. Maar wat als deze optie niet aanwezig is op de afdeling waar jouw kersverse baby wordt opgenomen?

Het lijkt vanzelfsprekend dat als de mogelijkheid om constant in contact te staan met de pasgeborene er niet is, de binding tussen ouder en kind niet even goed kan ontwikkelen wanneer deze optie wel mogelijk is. Daarom wordt in deze bachelorproef op zoek gegaan naar de effecten die het concept rooming-in hebben op de ouder-kind binding. En hoe verpleegkundigen op een neonatologie deze effecten kunnen bekomen zodat ouders meer participeren in de zorg van de pasgeborene.

WAT WE AL WETEN

Een hogere ouderlijke aanwezigheid heeft zeker een positief effect op de ouder-kind binding.

WAT DEZE STUDIE TOEVOEGT

Door het verhogen van de ouderparticipatie op de neonatologie, kunnen de positieve effecten van rooming-in worden geïmplementeerd, om de ouder-kind binding te versterken.

1 Probleemstelling

1.1 Begripsomschrijving

1.1.1 De prematuur

Een pasgeborene die à terme is, heeft een postmenstruele leeftijd (PML) van 40 weken. Er wordt gesproken van preterm als een pasgeborene voor 37 weken zwangerschap geboren wordt. Hierbij zijn er subcategorieën:

- extreem prematuur: voor 28 weken PML;
- zeer prematuur: tussen de 28 en 32 weken PML;
- matig tot laat prematuur: tussen de 32 en 37 weken PML.
(Detollenaere et al., 2022)

1.1.2 Neonatale afdelingen

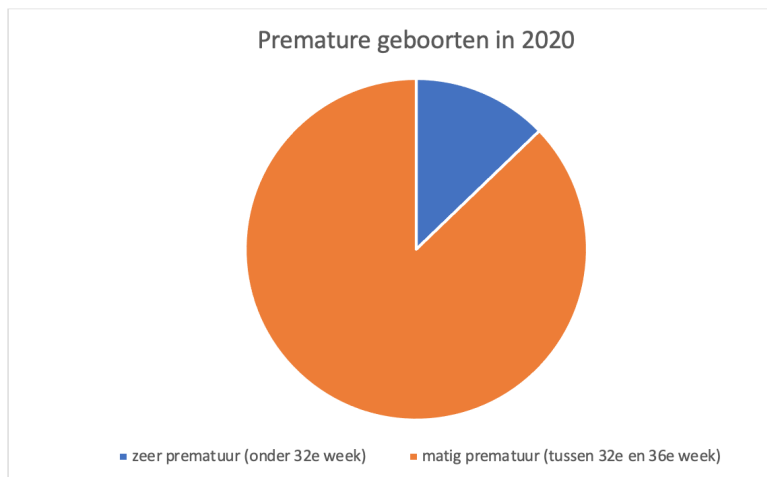
Neonatologie is het medisch domein voor alle postnatale zorgen aan de pasgeborenen. Hieronder behoren 2 specifieke afdelingen, een N* en een Neonatale intensieve zorgen (NICU).

Een NICU is een specifieke afdeling die bedoeld is "voor pasgeborenen in levensbedreigende of bijzondere omstandigheden (Detollenaere et al., 2022)". Pasgeborenen verblijven hier tot het punt dat ze zonder risico's naar een lokaal ziekenhuis met een N* kunnen teruggebracht worden. Soms gebeurt het dat een N* en NICU geïntegreerd worden. Hierbij moeten deze duidelijk onderscheiden worden zodat de meest intensieve zorgen voorbehouden worden aan de erkende NICU-bedden voor de meest kritieke prematuren.

Een N* is een lokale neonatale afdeling die elk ziekenhuis met een kraamafdeling verplicht moet hebben. Hier worden alle pasgeborenen verzorgd "met specifieke aanpassingsproblemen die gespecialiseerde, niet-intensieve neonatale zorg nodig hebben (Detollenaere et al., 2022)". Pasgeborenen verblijven hier tot een minimum PML van 37 weken en wanneer het geen hulpmiddelen nodig heeft. Met andere woorden, als het zelfstandig zijn temperatuur kan regelen, kan drinken en ademen. Zo kan de pasgeborene onder medisch advies het ziekenhuis verlaten. (Detollenaere et al., 2022)

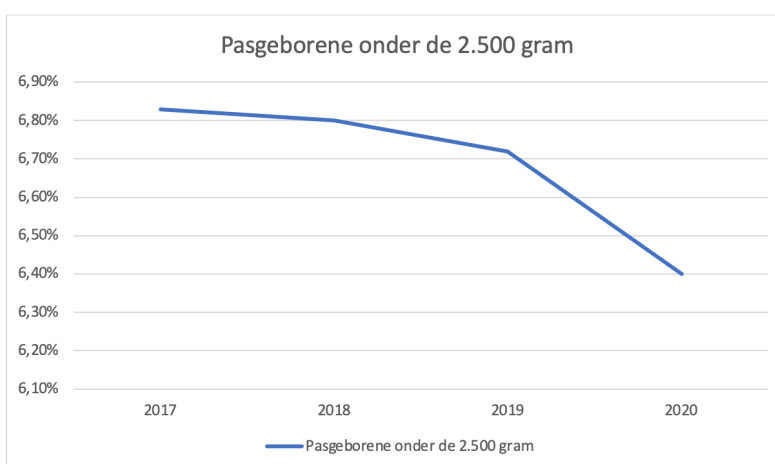
1.2 Incidentiecijfers

Uit statistieken van België is te zien dat er in 2020 113.739 geboorten en in 2021 117.914 geboorten plaatsvonden. Tussen 2017 en 2019 was gemiddeld 8,09% van de geboorten prematuur. Hierbij wordt een PML van minder dan 37 weken bedoeld. In 2020 ging het om 7,57% van de geboorten. "0,97% van de pasgeborenen in 2020 werd geboren voor de 32e week en wordt dus als zeer prematuur beschouwd, tegenover een gemiddelde van 1,08% tussen 2017 en 2019. Matige vroeggeboorten (tussen 32e en 36e week) vertegenwoordigen 6,61% van de geboorten in 2020, tegenover 7,01% in 2017-2019" (statbel.fgov.be, 2022). Hieruit is te concluderen dat de percentages elk jaar variëren. Echter is het wel duidelijk dat er meer matige prematuren zijn dan zeer prematuren. Dit ter illustratie in figuur 1.



Figuur 1: Prematuur geboren in 2020

In het geboortegewicht is er een licht dalende trend. Het gemiddelde geboortegewicht van 3.297 gram (in 2019) steeg tot 3.303 gram (in 2020). Er is een daling van het percentage pasgeborenen met een gewicht onder 2.500 gram, van gemiddeld 6,78% tussen 2018 en 2019 tot 6,40% in 2020. (statbel.fgov.be, 2022) Dit ter illustratie in figuur 2.



Figuur 2: Pasgeborene onder de 2.500 gram

1.3 Ontwikkelingsgerichte zorg

Ontwikkelingsgerichte zorg is een overkoepelend begrip voor alle interventies, ontwikkeld om de NICU-omgeving aan te passen en zo de stress die de prematuur ervaart, tot een minimum te beperken (Wielenga, J. 2007). Het omsluit interventies zoals het aanpassen van externe prikkels zoals geluid en licht, het bundelen van verpleegkundige interventies, positioneren, het bieden van bescherming, begrenzing en ondersteuning zoals in de baarmoeder en het ondersteunen van de ouder-kind binding (Wielenga, J. 2007; Detollenaere et al. 2022).

1.3.1 NIDCAP

In 1986 werd een model voor ontwikkelingsgerichte zorg geïntroduceerd onder de naam NIDCAP of Newborn Individualized Development Care and Assessment Program. NIDCAP wordt omschreven als een internationaal erkend uitgebreid programma voor neonatale zorg met als doel de algemene zorg in de neonatale afdelingen af te stemmen op het neurologische gedrag van de pasgeborenen, om zo de ontwikkeling te ondersteunen en de hechting te bevorderen (Wielenga, J. 2007; Detollenaere et al. 2022; Warren et al. 2018).

1.3.2 FINE

FINE of Family and Infant Neurodevelopmental Education is een algeheel begrip dat gebruikt wordt voor alle opleidingen en trainingen, ontworpen om neonatale professionals in staat te stellen de theorie van ontwikkelingsgerichte zorg in de praktijk toe te passen. FINE werkt met vele zorgmodellen, maar is voornamelijk gericht op het NIDCAP-model. Het biedt een uitgebreid overzicht van de theoretische, praktische en wetenschappelijke aspecten van ontwikkelingsgerichte zorg. Daarnaast biedt een FINE opleiding of training de zorgverlener inzichten om na te denken over de eigen praktijk en hoe die van invloed is op het gezin en hun pasgeborenen. (Warren et al. 2018; Detollenaere et al. 2022; Warren, I. 2017)

Het FINE-model is opgesteld aan de hand van 3 onderling samenhangende praktijkprincipes.

1. *Neuroprotectie*: Het verlenen van sensitieve zorg draagt bij aan de bescherming en bevordering van de hersenontwikkeling bij pasgeborenen. Sensitieve zorgverlening leidt tot stabilisatie van het autonome zenuwstelsel, waaronder onder andere pijn en stress vallen. (Warren et al. 2018; Warren, I. 2017)
2. *Relaties*: De relatie tussen pasgeborenen en ouder is van primair belang voor de ontwikkeling. De ouders dienen dan ook de kans te krijgen om zo nauw mogelijk betrokken te worden bij de verzorging van hun pasgeborenen. (Warren et al. 2018; Warren, I. 2017)
3. *Geïndividualiseerde zorg*: Elke pasgeborene is uniek. De individuele behoeften worden geïnterpreteerd door observatie van de gedragssignalen die de pasgeborene uitzendt naar zijn/haar verzorgers. Hierdoor kan de zorgverlening aangepast worden aan de situatie waarin de pasgeborenen zich bevinden, om zo de ontwikkeling te optimaliseren. (Warren et al. 2018; Warren, I. 2017)

1.3.3 Family centered care

Family centered care (FCC), oftewel gezinsgerichte zorg is een manier van zorg verlenen, waarbij de belangrijke rol van de familieleden in het welzijn van gehospitaliseerde pasgeborenen wordt erkend. Het gezin wordt erkend als de constante factor in het leven van de pasgeborenen, waardoor deze wordt beschouwd als een belangrijke partner in de zorg van het pasgeboren kind. De veelomvattende definitie van family centered care moet gebaseerd worden op respect, voorlichting en educatie, coördinatie van de zorg, fysieke ondersteuning, emotionele begeleiding en betrokkenheid van de ouders. (Franck et al, 2020; Kim et al, 2020; Finlayson et al. 2014; Cockcroft, S. 2012; Latour, J. & Van Dijk, M. 2014)

Een premature pasgeborene gaat gepaard met de nodige angst bij de ouders. De ouders kunnen alle steun gebruiken die hen wordt aangereikt om betrokken te raken bij hun pasgeborenen. Family centered care gerichte interventies zijn ontwikkeld om de relatie tussen ouder en pasgeborene te ondersteunen. Het gezin wordt betrokken bij de zorgen, waarbij elk gezinslid van belang is. De zorg wordt samen gepland, uitgevoerd en geëvalueerd. Ook wordt er belang gehecht aan gedeelde besluitvorming. Dat wil zeggen dat elke beslissing aangaande de pasgeborene samen met het gezin wordt genomen. Naarmate ouders groeien in hun rol versterkt het vermogen om behandelingsbeslissingen te nemen, en zullen ze hier ook zelfstandiger in worden.

De vertaling van het theoretische deel van family centered care naar de klinische praktijk betekent dat de zorgverleners een vertrouwensband moeten aangaan met de ouders om goede zorg naar het pasgeboren kind toe te verlenen. De samenwerking tussen verpleegkundigen en ouders is van essentieel belang. Er wordt ingezet op een positieve en vertrouwensvolle relatie met de ouders. Als ouders vertrouwen hebben in de verpleegkundigen, en zich gesteund voelen, zijn ze meer in staat zich te verbinden met hun pasgeborene. Er wordt aangemoedigd om een emotionele band op te bouwen, en hun vertrouwen en competentie in de zorg voor de pasgeborenen groeit. Een negatieve relatie met de verpleegkundigen kan leiden tot meer afstand tussen de ouders en de pasgeborene, wat de ouder-kind binding negatief zal beïnvloeden. (Franck et al, 2020; Kim et al, 2020; Finlayson et al. 2014; Cockcroft, S. 2012; Latour, J. & Van Dijk, M. 2014)

Uit de systematische review (Kutahyalioğlu & Scafide 2022) is gebleken dat in de meerderheid van de studies (n = 14) FCC-interventies resulteerden in een significante toename van de ouderlijke binding. De resultaten toonden aan dat het beoefenen van FCC in de NICU-setting de vroege ouder-baby hechting ondersteunt.

Tot slot heeft family centered care een tal van voordelen voor zowel het prematuur geboren kind, als ook de ouders en het verdere gezin. Er ontstaat een grotere betrokkenheid bij de zorg, er wordt meer zelfstandigheid in het nemen van behandelingsbeslissingen ervaren en er bestaat een betere verbinding tussen ouder en kind. (Franck et al, 2020; Kim et al, 2020; Finlayson et al. 2014; Cockcroft, S. 2012)

1.3.4 Kangoeroeën

Kangoeroeën, ook wel skin-to-skin of buidelen genoemd, is het directe huid-op-huid contact tussen pasgeborenen en ouder. Gewoonlijk wordt huid-op-huid contact vooral met de moeder gedaan, hoewel de vader en andere verzorgers dezelfde voordelen kunnen bieden. (Fukkink, R. 2023; Pados, B. 2018; Cañadas et al, 2022). Kangoeroeën maakt een belangrijk deel uit van ontwikkelingsgerichte zorg. Doordat de pasgeborene op de blote borst van één van de ouders ligt, met dezelfde houding die wordt aangenomen in de baarmoeder, krijgt het een beschermd en veilig gevoel.

De uitvoering van het kangoeroeën gaat als volgt: De pasgeborenen worden volledig ontbloot met uitzondering van de luier, en soms het mutsje. De pasgeborenen worden in buikligging gepositioneerd op de ontblote borst van de ouder, met armen en benen geplooid en het hoofd in zijligging. De ouder legt de ene hand op het hoofd, en de andere hand ondersteunt de stuit van de pasgeborenen (Pados, B. 2018).

Tijdens het kangoeroeën zouden twee belangrijke hormonen een belangrijke rol spelen bij zowel de pasgeborenen als bij de ouders. Het hormoon oxytocine, ook wel bekend als het liefdes- of hechtingshormoon wordt vrijgesteld bij blootstelling aan tactiele stimulatie, warme temperatuur en de massage van de buik. Deze drie stimulators zijn allen aanwezig wanneer de pasgeborenen worden blootgesteld aan direct huid-op-huid contact. Het hormoon cortisol, ook bekend als het stresshormoon, zou aanzienlijk afnemen tijdens het directe huid-op-huid contact. (Pados, B. 2018)

1.3.5 Ouderparticipatie

De betrokkenheid van de ouders bij de zorg van hun pasgeboren kind maakt een groot deel uit van de huidige werking op de meeste neonatale afdelingen (Latour, J. & Van Dijk, M. 2014) De uitdaging op de neonatale afdelingen, om de ouders te betrekken bij de zorgen, ligt niet zozeer op het fysiek toelaten en de fysieke aanwezigheid van de ouders op de afdeling. Maar eerder op het vlak van communicatie tussen de zorgverleners en de ouders van de pasgeborenen. De zorgverleners dienen te streven naar een open communicatie waarbij de ouders op een veilige manier kunnen deelnemen aan de zorg. (Latour, J. & Van Dijk, M. 2014)

Uit literatuur is gebleken dat er soms voor ouders een gebrek aan toegang tot de neonatale afdelingen is wat de communicatie tussen ouders en professionele zorgverleners beperkt. Vervolgens beperkt dit ook de mogelijkheden van een ouder om betrokken te worden bij de zorgen van de pasgeborenen. (Leaderlou S. Magtoto, 2021) Dit toont aan hoe belangrijk de communicatie tussen een ouder en een verpleegkundige is. Goede samenspraak, tussen ouder en verpleegkundige, is cruciaal om de zorgen rondom de pasgeborene optimaal te organiseren, zodat ouders maximaal betrokken kunnen worden.

Ondanks de inspanningen die gedaan worden om de ouderparticipatie op de neonatale afdelingen toe te passen, ervaren ouders vaak nog belemmeringen tijdens de opname van hun pasgeborene. Er wordt in de literatuur een duidelijk verschil opgemerkt tussen enerzijds een opname op een neonatale afdeling met een open zaal werking (alle couveuses in één grote ruimte met centraal een verpleegpost), en anderzijds een opname op een neonatale afdeling met eenpersoonskamers. Ouders ervaren vaak meer stress op een open ruimte afdeling. Ook zijn ze aanzienlijk minder aanwezig waardoor hun betrokkenheid bij de zorg ook daalt. Ouders voelen zich beperkter in hun ouderlijke rol dan wanneer hun pasgeboren kind op een eenpersoonskamer gehospitaliseerd is. Ook wordt er zowiezo al een afstand gecreëerd doordat de pasgeborene gehospitaliseerd wordt. Daarnaast wordt de afstand tussen ouder en pasgeboren kind nog groter wanneer

er sprake is van een open ruimte afdeling. Hieraan gekoppeld kan een vertraging in de hechting veroorzaakt worden, met een belemmering in daaropvolgende menselijke interacties. (Feeley et al. 2020; Silnes Tandberg et al. 2019; Silnes Tandberg et al. 2018; Kuhn, et al. 2018; Kutahyalioğlu & Scafide, 2022).

1.4 Ouder-kind binding

1.4.1 Hechting

Hechting wordt omschreven als een duurzame relatie tussen het kind en de hechtingsfiguur (primaire verzorger zoals mama). Deze relatie uit zich in de vorm van gehechtheidsgedrag. Dit gedrag vertoont het kind in de poging om de hechtingsfiguur naderbij te krijgen. (Tavecchio & Reiling, 1993; Verdult R. 2005)

In het jaar 1988 werd de hechtingstheorie opgesteld door de Britse psychiater John Bowlby. Het omschrijft de aangeboren behoefte van het kind om de nabijheid van de ouder te zoeken en zich aan hem/haar te hechten. Het kind uit deze behoefte aan de hand van gehechtheidsgedrag. Hierbij vertoont het kind gedrag om de aandacht van de ouder te trekken en daarmee de zorg te krijgen die hij nodig heeft. Om het overlevings aspect van gehechtheidsgedrag te verduidelijken toont de hechtingstheorie aan dat kinderen vooral in noodsituaties (verdriet, vermoeidheid, spanning, stress, angst,...) proberen nabijheid te ontvangen van hun hechtingsfiguur. (Tavecchio & Reiling, 1993; Verdult R. 2005; Maaskant & Reinders, 2010)

Als ouders beschikbaar, sensitief en responsief reageren op de hulpvraag van hun kind, doen ze aan veilige hechting. (Tavecchio & Reiling, 1993)

Een veilige hechting vormt een stevige basis voor de verdere sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Het is van belang voor de ontwikkeling van een evenwichtig zelfbeeld, het vormen van een adequate emotieregulatie en het vermogen om relaties te vormen op latere leeftijd. (Gratama-Nierstrasz, R. 2017)

Een veilig gehecht kind gebruikt de ouder als veilige basis om van daaruit de omgeving te exploreren. Veilig gehechte kinderen bewaren een goede balans tussen nabijheid en exploreren. (Verdult R. 2005; Maaskant & Reinders, 2010; Gratama-Nierstrasz, R. 2017) Bij een veilige hechting zal het kind zich verzetten bij vertrek van de hechtingsfiguur, en blijdschap tonen bij hereniging. Deze respons is van belang voor de verdere ontwikkeling van het kind. Het kind vormt, op basis van de relatie met de hechtingsfiguur, een intern werkmodel. Naarmate het kind ouder wordt, is de fysieke aanwezigheid van de hechtingsfiguur van minder belang, en wordt er meer beroep gedaan op de psychologische beschikbaarheid. Het kind gebruikt zijn reeds ontwikkelde veilige hechting als basis om nieuwe relaties aan te gaan en te overleven in een onbekende buitenwereld. (Tavecchio & Reiling, 1993)

Wanneer ouders in mindere mate beschikbaar, sensitief en responsief reageren op de hulpvraag van hun kind, kunnen er problemen in de hechting ontstaan. Er is sprake van een onveilige hechting. Onveilige hechting of het risico hierop kan enerzijds ontstaan door de beïnvloeding van oudergebonden factoren, denk hierbij aan de ouder die zelf onveilig gehecht is, onverwerkt trauma bij de ouder, ouder kampt met een psychiatrische ziekte,... Anderzijds zijn er ook kindgebonden factoren die het risico op onveilige hechting beïnvloeden, voorbeelden van kindgebonden factoren zijn prematuriteit, moeilijk temperament, huilbaby,... (Gratama-Nierstrasz, R. 2017; Tavecchio & Reiling, 1993)

Kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie hebben een groter risico op het ontwikkelen van problemen op latere leeftijd. (Gratama-Nierstrasz, R. 2017)

Hechtingsfasen

Hechting is een proces dat reeds van start gaat in de prenatale periode. In de baarmoeder ontwikkelt het kind vaardigheden om zich later te kunnen hechten. Doordat een zwangerschap meestal gepland is, ontstaan er positieve gevoelens tegenover het kind en dit kan eveneens het hechtingsproces bevorderen. Er bestaan verschillende fasen in de ontwikkeling van de hechtingsrelatie tussen ouder en kind. (Kind en Gezin, 2023; Verdult R. 2005)

Vanaf de geboorte is het kind volledig afhankelijk van anderen. In de eerste levensmaanden is er nog geen sprake van gehechtheid, maar door lokgeluiden te maken (zoals huilen, zuigen, iemand volgen met de ogen, glimlachen), zorgt het kind ervoor dat er altijd iemand in de buurt blijft om hem te verzorgen. Het kind vertoont dus hechtingsgedrag zoals gebaren en geluiden om reacties uit te lokken en leert dit met de tijd ook te gebruiken. (Kind en Gezin, 2023; Van Der Horst & Van Rosmalen, 2017; Tavecchio & Reiling, 1993)

Naarmate het kind ouder wordt, zet het hechtingsproces zich verder tussen het kind en de hechtingsfiguur. Er bestaan verschillende fasen in de ontwikkeling van de hechtingsrelatie, waarbij elke fase specifieke kenmerken bevat. De kwaliteit van de hechtingsrelatie wordt ook belangrijk voor interacties in het latere leven van het kind. De hechtingsfasen worden in deze bachelorproef niet verder uitgediept. De focus ligt op de fase van de pasgeborenen, al dan niet gehospitaliseerd op een N* of een NICU, zoals hierboven wordt omschreven.

Hechtingstypes

Hechten speelt een belangrijke rol bij de sociale en emotionele ontwikkeling van het kind. Daarom is het belangrijk dat het kind zich op een veilige manier hecht. Maar wat is nu juist veilig en onveilig hechten?

Een studente van Bowlby, Mary Ainsworth ontwikkelde een methode, de zogenoemde Strange Situation (Vreemde Situatie), waarmee de verschillende types van gehechtheid gedetecteerd kunnen worden bij kinderen van 11 tot 18 jaar. Bij de uitvoering van de test wordt het kind in een niet vertrouwde omgeving (speelkamer) geconfronteerd met een onbekende persoon, dit in combinatie met 2 korte scheidingen van de hechtingsfiguur. Wanneer het kind gescheiden wordt van de hechtingsfiguur zal er gehechtheidsgedrag zichtbaar worden. De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie wordt beoordeeld aan de hand van het gedrag dat het kind vertoont bij vereniging met de hechtingsfiguur. Er wordt verondersteld dat het kind in dit soort situaties beroep doet op zijn intern werkmodel. (Tavecchio & Reiling, 1993)

Mary Ainsworth onderscheid 4 hechtingstypes:

- *TYPE A: Veilige gehechtheid*
Een veilig gehecht kind raakt overstuur tijdens de scheiding van de hechtingsfiguur. Bij hereniging zoekt het kind contact met de hechtingsfiguur, door middel van fysieke aanraking of communicatie. Dergelijke kinderen zijn redelijk snel getroost, zodat ze na korte tijd het spel weer kunnen hervatten. Een veilig gehecht kind durft te exploreren en zoekt bij angst de nabijheid van de hechtingsfiguur op. (Verdult, R. 2005; Tavecchio & Reiling, 1993; Gratama-Nierstrasz, R. 2017; Maaskant & Reinders, 2010)
Men schat dat van alle 'gewone' kinderen 65% tot 70% tot deze groep behoort. (Maaskant & Reinders, 2010)

- *TYPE B: Angstig, vermijdende gehechtheid*
 Een angstig-vermijdend gehecht kind raakt minder overstuur tijdens de scheiding van de hechtingsfiguur. Bij terugkeer van de hechtingsfiguur reageren ze eerder vermijdend (bijvoorbeeld: wegkruipen). Ondanks dat dergelijke kinderen nauwelijks reageren, ervaren ze wel stress en angst tijdens scheiding van de hechtingsfiguur, dit is niet te zien aan de buitenkant omdat er geen duidelijk hechtingsgedrag wordt vertoont. Bij angstig-vermijdend gehecht kind weegt de balans meer door naar het exploreren. Dit kan veroorzaakt worden doordat de ouder afwijst, negeert of niet reageert op de behoeften van het kind. Het kind zoekt geen steun bij de hechtingsfiguur uit angst voor afwijzing. Angstig-vermijdend gehechte kinderen worden vaak onterecht bestempeld als "gemakkelijke kinderen", terwijl in werkelijkheid hun gedrag een zelfbeschermingsmechanisme is tegen de pijn van de afwijzing van hun hechtingsfiguur. (Verdult, R. 2005; Tavecchio & Reiling, 1993; Gratama-Nierstrasz, R. 2017; Maaskant & Reinders, 2010)
Men schat dat 20% van alle 'gewone' kinderen tot dit type behoort. (Maaskant & Reinders, 2010)
- *TYPE C: Angstig, ambivalente gehechtheid*
 Een andere term voor type C is ook wel *angstig, afwerende gehechtheid*. Er is bij dit hechtingstype een hoge mate van scheidingsangst aanwezig. Bij hereniging met de hechtingsfiguur vertonen dergelijke kinderen afwerend gedrag. Enerzijds vertonen ze een sterke behoefte tot nabijheid, anderzijds kaatsen ze de hechtingsfiguur sterk af (bijvoorbeeld: wringen bij lichamenlijk contact of ontroostbaar huilen). Na de hereniging met hun hechtingsfiguur is het moeilijk om het exploratiegedrag verder te zetten. Angstig-ambivalente gehechtheid ontstaat doordat de hechtingsfiguur onvoorspelbaar reageert op het kind, zo nu en dan, wanneer hij/zij er behoefte aan heeft. Bij stress of angst zoekt het kind toenadering bij de hechtingsfiguur maar weet die niet hoe hij/zij zal reageren. Vanuit dit onveilige gevoel blijven deze kinderen zich aanklappen aan hun hechtingsfiguur wat ten koste gaat van het exploratief gedrag. De balans slaat eerder door naar de nabijheid. (Verdult, R. 2005; Tavecchio & Reiling, 1993; Gratama-Nierstrasz, R. 2017; Maaskant & Reinders, 2010)
Men schat dat 10% van de 'gewone' kinderen tot deze groep behoort. (Maaskant & Reinders, 2010)
- *TYPE D: Gedesorganiseerde gehechtheid*
 Gedesorganiseerde gehechtheid wordt vaak gezien bij verwaarloosde of mishandelde kinderen en bij kinderen die voortdurend wisselende verzorgers hebben. Het wordt ook gezien bij kinderen waarvan hun ouders (on)verwerkte trauma's. Het kind is bij scheiding niet in staat om adequaat te reageren. Doordat de hechtingsfiguur eerder een bron van angst is en niet van troost, hebben deze kinderen geen duidelijke manier van troost zoeken wanneer ze angst ervaren. (Verdult, R. 2005; Tavecchio & Reiling, 1993; Gratama-Nierstrasz, R. 2017; Maaskant & Reinders, 2010)
Naar schatting behoort ruim 80% van de mishandelde kinderen tot deze groep. (Maaskant & Reinders, 2010)

Er is een duidelijk verband tussen het hechtingstype dat het kind hanteert en het hechtingspatroon dat wordt toegepast op volwassen leeftijd. Elk hechtingstype geeft kenmerkende gedragingen en reacties in latere interacties (Verdult, R. 2005).

1.4.2 Gevolgen van scheiding

Scheiding tussen pasgeborenen en ouders heeft grote langetermijneffecten voor de ontwikkeling van het kind op latere leeftijd. Dit moet zo veel mogelijk vermeden worden. Baby's zoeken fysiologisch de fysieke nabijheid van volwassenen op zodat die kunnen reageren op de behoefte van de baby om bescherming te bieden. (Detollenaere et al. , 2022) "De kwaliteit van zijn/haar gehechtheid varieert echter naargelang de reacties van de omgeving." Daarom is het noodzakelijk dat deze reacties adequaat zijn, zodat de baby in staat is hechting te gebruiken als een veilige basis. Maar het concept van hechting is geen eenrichtingsverkeer: het is een wederzijdse motivatie tussen de baby en zijn ouders. Door uiting te geven aan hun hechtingsbehoeften stimuleren baby's hun ouders om hun nabijheid, tederheid en troost te bieden. Daarom is een van de beste manieren om zowel het ouderschap als de ontwikkeling van de pasgeborene te ondersteunen, de *scheiding tussen de pasgeborene en zijn/haar ouders bij de geboorte tot een minimum te beperken* en de kwaliteit van de ouderlijke respons te bevorderen. Deze kwesties zijn bijzonder cruciaal voor premature baby's, die vaak in het ziekenhuis moeten blijven - soms gedurende meerdere maanden - terwijl hun moeders naar huis kunnen gaan. Het belang van geen-scheiding wordt ook geïllustreerd in verschillende internationale handvesten en normen. Welke handvesten en normen dit zijn, werd niet vermeld. (Detollenaere et al. , 2022)"

1.4.3 Ouder-kind binding op de neonatale afdeling

Door een opname op een neonatale afdeling ontstaat er een breuk in de nabijheid tussen ouder en pasgeborenen. Deze afstand heeft een grote impact op het hechtingsproces tussen ouders en pasgeborenen. Gehechtheid in de ouder-kind binding is fundamenteel voor de ontwikkeling van een (prematuur) geboren kind. Het natuurlijke hechtingsproces wordt echter vlak na de geboorte onderbroken. Enerzijds is dit een moeilijke periode voor de pasgeborenen omwille van de emotionele en fysieke onthechting, beperkte sociale interactie, een mogelijke neurologische ontwikkelingsstoornis ten gevolge van prematuriteit en een traumatische, technologisch zware omgeving op een neonatale (intensieve) afdeling kunnen leiden tot een verminderde hechting of ouder-kind binding. Anderzijds ervaren de ouders ook een moeilijke periode ten gevolge van een veranderde rol van de ouders en een posttraumatische schok bij het gezin. (Kim et al. 2020) Kim et al (2020) schrijven een systematische review waarin aangegeven wordt dat uit longitudinaal onderzoek gebleken is dat kinderen die opgenomen waren op een NICU een hogere prevalentie (6,1 keer) van gedesorganiseerde gehechtheid vertonen op de leeftijd van 3 jaar. Gehechtheidsgerelateerd gedrag vertoont zich vooral in de eerste twee levensjaren.

1.5 Rooming-in

De pasgeborenen die door ziekte of onvolgroeidheid op de NICU worden opgenomen, beginnen hun leven in een abnormale omgeving. Door rooming-in of de effecten hiervan toe te passen, wordt de thuisomgeving nagebootst. Hierbij wordt een poging gedaan om de ziekenhuisomgeving zo best mogelijk aan te passen aan de pasgeborenen. (Kuhn, et al. 2018)

Volledige rooming-in werd gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1998): "als een ziekenhuispraktijk waarbij postnatale moeders en gezonde baby's verblijven 24 uur per dag samen in dezelfde kamer vanaf het moment ze na de bevalling in hun kamer aankomen tot aan het ontslag."

"Deze praktijk is aanbevolen voor alle gezonde, voldragen zuigelingen die routinezorg ontvangen, ongeacht hun voedingswijze" (Mangili en Formica, 2013; Serpero et al., 2013). "Veel ziekenhuizen zijn nu begonnen moeder en baby in dezelfde kamer te houden, vooral sinds de komst van het WHO/UNICEF Baby

Friendly Hospital Initiative in 1991" (Sharifah Halimah Jaafar, Jacqueline J Ho & Kim Seng Lee, 2016).

1.6 Verpleegkundige relevantie

Het intensiveren van de zorgen biedt een enorme uitdaging op verpleegkundig gebied. Het doel is het creëren van een voor de pasgeborene optimale wijze van zorgverlening en omgeving, waarbij de ouders als natuurlijke beschermers van het de pasgeborene zeer nadrukkelijk zijn betrokken. (Wielenga, J. 2007)

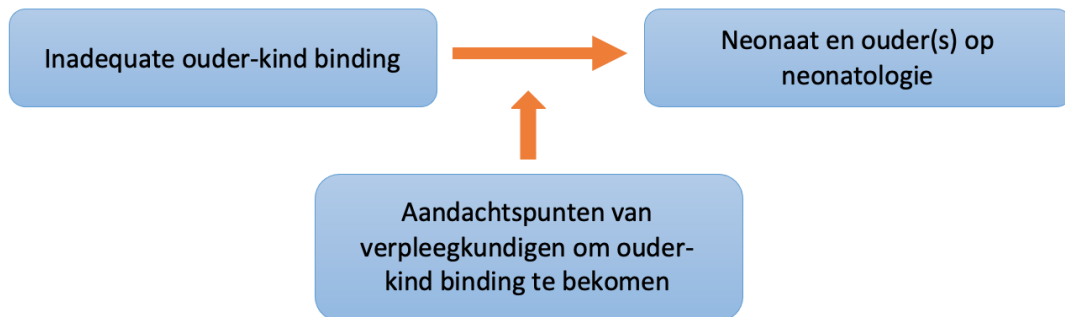
Verpleegkundigen zijn een belangrijke schakel in het verhaal van een pasgeborene. Zij hebben de kunst om een goed geheel te vormen tussen de pasgeborenen, de ouder(s) en de medische wereld waar ze in beland zijn. Deze zogenoemde medische wereld zit vol prikkels waarvoor de pasgeborene beschermd werd in de baarmoeder. Als verpleegkundige kan je niet alle prikkels, denk hierbij aan monitor-alarmen/beademingstoestellen/voedingspompen/... wegnemen. Er kan wel getracht worden deze prikkels tot een minimum te beperken, en ouder(s) begeleiden in de omgang met het rijke aanbod aan prikkels, zodat ze geïntegreerd worden in dit verhaal. Er wordt gestreefd naar een beleid waar zowel ouders als verpleegkundigen achter staan om het verblijf op de neonatologie zo aangenaam mogelijk te maken.

Als zorgverlener dient men aandacht te hebben voor alle aspecten van de ontwikkeling van de pasgeborene. Het is belangrijk dat er een goede communicatie is tussen de ouder en de verpleegkundige. Op deze manier kan er gericht worden op ontwikkelingsgerichte zorg, waarbij aandacht besteed wordt aan een gezonde ontwikkeling van de pasgeborene. Omdat verpleegkundigen de grootste communicatiebron zijn tussen de neonatologen en de ouders is het uitvoeren van ontwikkelingsgerichte zorg zeker een haalbare kaart. De voornaamste taak van de verpleegkundige is ouders aanleren hoe ze aan ontwikkelingsgerichte zorg kunnen doen, waarbij gepoogd wordt op het verminderen van de onaangename prikkels op de neonatologie, en het stimuleren van de aangename prikkels. Wanneer de ouders ingeleid zijn op de neonatologie, zijn ze ook klaargestoomd om 24 uur per dag aanwezig te zijn bij hun pasgeborene baby. Bij heel dit verhaal is het voornaamste doel dat de ouder aanwezig kan zijn voor de pasgeborene, om zo de behoefte van de pasgeborene voor het ontwikkelen van een goede hechting te kunnen garanderen.

2 Vraagstelling

In deze bachelorproef worden volgende twee vragen uitgewerkt:

1. Wat is het effect van rooming-in op de ouder-kind binding tijdens een opname op de neonatologie?
2. Hoe kunnen we als verpleegkundigen ouderparticipatie verhogen om tot een betere ouder-kind binding te komen op de neonatologie?



Figuur 3: Conceptueel model

3 Zoekstrategie

Pubmed werd doorzocht met de filters afgebakend tot de laatste 7 jaar en enkel Nederlandstalige en Engelstalige artikelen. Er werd gezocht onder verschillende combinaties van zoektermen waaruit een verscheidenheid aan resultaten werd bekomen. Uit deze resultaten werden verschillende artikelen weerhouden die een bijdrage hebben geleverd aan de literatuurstudie: (("Newborn" [Mesh]) AND ("Rooming-in care"[Mesh])), (("Rooming in") AND ("NICU")), ((neonatal care) AND (rooming in)), ((Single family rooms) AND (NICU)), (Family centered care nicu), ("Premature infants" [Mesh]), (attachment theory), (ouderparticipatie neonatologie) en (skin-to-skin contact). Er werden onder de zoektermen (("Rooming in") AND ("NICU")) nog enkele artikelen gevonden aan de hand van de sneeuwbalmethode.

De databank Google Scholar werd doorzocht met verschillende combinaties van zoektermen. Hieruit kwam een verscheidenheid aan artikelen die weerhouden zijn voor het schrijven van de literatuurstudie: (kangaroo care nicu), (hechtingstheorie Bowlby), (fasen van hechting), (ouder kind interactie NICU), (kangoeroeën), (neonatal family centered care), (skin-to-skin nicu) en (hechtingstheorie Bowlby). Er werd niet gezocht onder filters. Er diende informatie bekomen te worden die onveranderd was doorheen de tijd. Voor de andere artikelen werd er wel gekeken naar de datum waarop de artikelen werden gepubliceerd.

Cochrane Library werd doorzocht met de filters afgebakend tot de laatste 7 jaar met de zoektermen (("Rooming-in" [MeSH] AND (neonatal care))). Hieruit kwam 1 artikel dat weerhouden is.

Ook Springerlink werd doorzocht met de filters afgebakend tot de laatste 5 jaar met de zoektermen ((neonatal care) AND (Rooming-in [MeSH])). Hieruit kwamen 12607 artikelen, waarvan 1 artikel weerhouden.

Er werd algemeen gezocht op Google met de term "geboorten België", waaruit 5.180.000 resultaten kwamen. Vanuit deze resultaten werd 1 website weerhouden. Verder werd Google doorzocht met de term "hechting", waaruit 2.490.000 resultaten kwamen. Hiervan werd 1 website weerhouden. Er werd verder gezocht op de term "PDCA cirkel verpleegkunde", waarvan 1 website werd weerhouden.

Tot slot werd er ook nog gezocht naar bronnen op verschillende websites. De website EBPracticenet werd doorzocht onder de zoekterm (rooming-in), waarvan 1 richtlijn weerhouden werd. En de website KCE Kenniscentrum België werd doorzocht op de zoektermen (neonatal care) waarvan 1 rapport weerhouden werd.

4 Resultaten

4.1 Effecten van rooming-in op de ouder-kind binding

In de literatuur werd er onderzoek gedaan op basis van de vergelijking tussen een opname op een rooming-in-kamer tegenover een opname op een open ruimte afdeling.

Er wordt voornamelijk besproken wat de ervaring van de ouders is bij een opname van de neonat op een eenpersoonskamer of open afdeling. Hieruit kunnen de voordelen van rooming-in (eenpersoonskamer) worden afgeleid. Uit onderzoek blijkt dat de gemiddelde aanwezigheid van de ouders op de afdeling hoger ligt wanneer de neonat gehospitaliseerd is in een eenpersoonskamer (Campbell-Yeo, et al. 2021; Feeley et al. 2020; Silnes Tandberg et al. 2019; Silnes Tandberg et al. 2018; van Veenendaal et al. 2020). De betrokkenheid bij de zorg wordt voor de ouders als makkelijker ervaren, de vaders zijn ook opvallend meer betrokken bij de zorgactiviteiten (Campbell-Yeo, et al. 2021; van Veenendaal et al. 2020).

Bij het kijken naar hoe de moeders de stress ervaren die gepaard gaat met een opgenomen neonat op de NICU, is dit beduidend minder op een NICU met eenpersoonskamers in vergelijking met open ruimte NICU's (Feeley et al. 2020; Silnes Tandberg et al. 2019; van Veenendaal et al. 2020). De ouders ervaren een hogere emotionele steun en tevredenheid van het verplegend personeel en hebben meer vertrouwen in de verpleegkundigen die de zorg aan hun kind toedienen (Silnes Tandberg et al. 2018; van Veenendaal et al. 2020).

De toenadering tussen ouder en kind wordt als makkelijker ervaren door de ouders wanneer de neonat in een kamer apart ligt (Silnes Tandberg et al. 2018; van Veenendaal et al. 2020). Dit wordt afgeleid van de huid-op-huid contact momenten (kangoeroeën), waarbij er sneller na de geboorte wordt gestart met kangoeroeën en daarbij is de duur van het kangoeroeën ook langer wanneer de ouders een ruimte voor zichzelf hebben (Silnes Tandberg et al. 2018). Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat er verscheidene voordelen zijn aan kangoeroeën.

Eerst en vooral is kangoeroeën voordelig voor de ontwikkeling van de zintuigen (tactiel, kinesthetisch, visueel, olfactorisch en motorisch) ten gevolge van direct huidcontact en het zuigen (aan de tepel). Kangoeroeën stimuleert de interactie, binding en gehechtheid tussen pasgeborenen en ouders, die onmisbaar zijn voor de sociale en emotionele ontwikkeling. Hierbij worden dan ook positieve effecten opgemerkt wat betreft de neurologische, cognitieve, emotionele, gedrags- en sociale ontwikkeling op korte en lange termijn. Vervolgens zijn er ook voordelen op gebied van de vitale parameters van de neonat. Kangoeroeën zorgt voor een stabiele hartslag, verbeterde zuurstofsaturatie en ademhalingsfrequentie. Wanneer er gekozen wordt voor borstvoeding speelt kangoeroezorg hier ook een belangrijke rol. Door het direct huidcontact verhoogt de melkproductie bij de moeder en is de neonat sneller handig in de techniek van het aanhappen, zuigen en slikken. Ten slotte wordt kangoeroeën gezien als een effectieve manier om stress en pijn te verminderen bij de neonat. (Cañadas et al. 2022)

Tijdens het kangoeroeën spelen twee hormonen een belangrijke rol, namelijk oxytocine en cortisol. Oxytocine, ook wel het knuffelhormoon genoemd, speelt een belangrijke rol bij de borstvoeding. Cortisol is een hormoon dat wordt ingezet tijdens een stresservaring. Twee recente studies tonen de effecten van kangoeroeën op de oxytocine- en cortisolniveaus. Deze onderzoekers zorgden met hun studies tal van belangrijke positieve effecten dat kangoeroeën zou hebben op zowel de pasgeborenen als hun ouders:

- Vittner, et al. (2018) vonden dat 60 minuten kangoeroeën resulteerde in verhoogde speeksel oxytocinespiegels voor ouders en pasgeborenen en dat het speeksel cortisol bij de pasgeborenen afnam tijdens het kangoeroeën.
- Weber, et al. voerden in 2018 een studie waarbij ze in het plasma van de pasgeborenen een toename in oxytocine vonden als reactie op het directe huid-op-huid contact. Het plasma oxytocine bleek met 17% te stijgen voor elke extra 10 minuten direct huid-op-huid contact. (Pados, B. 2019)

Ook uit de systematische review (Kutahyaliloglu & Scafide 2022) kwam het resultaat dat het toepassen van FCC-interventies in de NICU-setting de vroege hechting tussen ouder en kind ondersteunt.

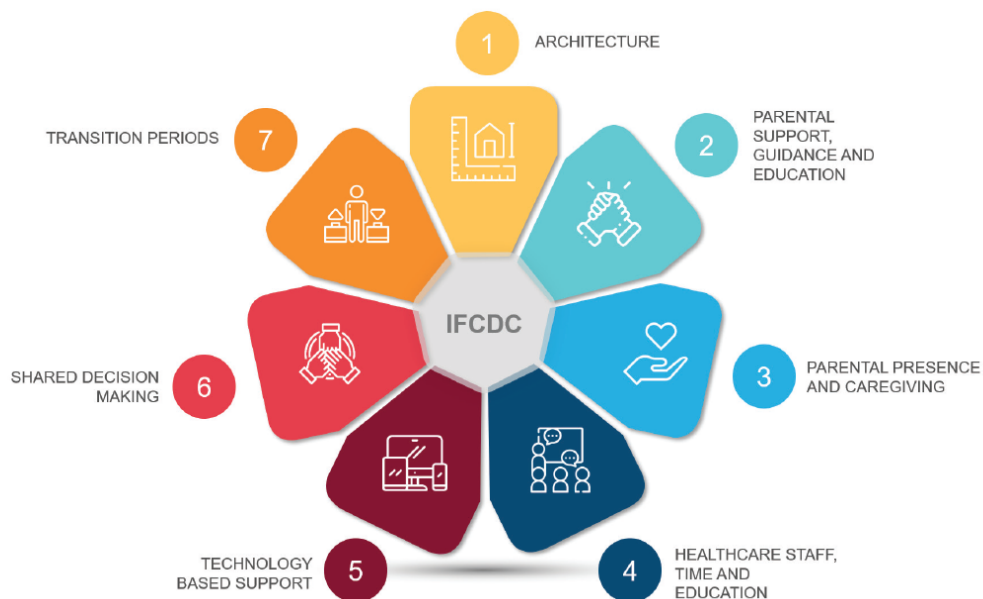
Ten slotte kwam uit focusgroepen met neonataal personeel naar boven dat 'zoveel mogelijk' aanwezig zijn op de afdeling verschilt per ouder. Het vaderschapsverlof heeft een invloed op de beschikbaarheid van de ouders tijdens de ziekenhuisopname van hun kind. Dit heeft als gevolg een vroegtijdige scheiding. In België heeft een mama momenteel recht op minimum 9 weken verplichte postnataal verlof of moederschapsverlof. Als een pasgeborene langer dan 7 dagen opgenomen blijft in het ziekenhuis, is er een verlenging van dit verlof met een maximum van 24 weken. Vaders of co-ouders krijgen momenteel 20 dagen vaderschaps- of geboorteverlof. Bij vaders is er geen verlenging mogelijk. (Detollenaere et al. , 2022)

4.2 Ouderparticipatie op NICU/N* verhogen

Niet-scheiden van ouder en kind op NICU/N* heeft positieve effecten op zowel ouder als kind. Op vele afdelingen is het echter tot op heden om organisatorische en architectonische redenen onmogelijk om rooming-in aan te bieden. Het is dus belangrijk om op zoek te gaan naar hoe ouderparticipatie verhoogd kan worden op een afdeling waar niet aan rooming-in gedaan kan worden.

Uit Belgisch onderzoek van Detollenaere et al. blijkt dat het implementeren van infant- & family centered developmental care (IFDCD), oftewel ontwikkelingsgerichte zorg een bijdrage heeft om de scheiding tussen ouder en kind te voorkomen en de hechting te vergroten. Dit wordt nog niet lang systematisch aangeboden in Belgische ziekenhuizen. Een van de doelen van ontwikkelingsgerichte zorg is de ouders ondersteunen in hun eigen welzijn en de ontwikkeling van de pasgeborenen ondersteunen door de betrokkenheid van de ouders te garanderen. Binnen de ontwikkelingsgerichte zorg behoren verschillende elementen, dit ter illustratie in figuur 4. Binnen rooming-in zijn de elementen van 'ouders ondersteunen, begeleiden en educatie' en 'ouderlijke aanwezigheid en het geven van zorg' fundamenteel voor verpleegkundigen werkzaam op een neonatologie.

Architectuur kan binnen deze bachelorproef niet besproken worden, omdat het niet het doel is om daar wijzigingen aan te brengen. Hierdoor bespreken we enkel de eerst benoemde elementen. (Detollenaere et al. , 2022)



Figuur 4: Bloemen diagram van de belangrijkste elementen van ontwikkelingsgerichte zorg van pasgeborenen en families (Detollenaere et al. , 2022)

4.2.1 Ouders ondersteunen, begeleiden en educatie

Ouders hebben ondersteuning nodig als hun kind gehospitaliseerd wordt op een neonatologie om de ervaring te kunnen verwerken en om emotioneel, cognitief en psychosociaal aanwezig te kunnen zijn voor hun kind. Psychosociale en educatieve ondersteuning is hierdoor zeer belangrijk. Belangrijke actoren zijn neonatale verpleegkundigen van de afdeling, algemene hulpverleners en zeker ook andere ouders die met hun kind op de neonatologie liggen. Ze kunnen onderling een gelijkaardige ervaring delen die dierbaar is.

Concreet heeft psychosociale ondersteuning voor ouders de betekenis dat neonatale verpleegkundigen en andere zorgverleners bereikbaar zijn, andere ouders met dezelfde ervaring ondersteuning bieden door ervaringen en kennis te delen. Een ander fundamenteel onderdeel van de ontwikkelingsgerichte zorg is het geven van begeleiding en educatie. Hieronder hoort het kunnen aflezen van de signalen van pasgeborenen en welke passende interventies hieraan gekoppeld zijn. Het passend reageren op signalen van de pasgeborene zou aan elk paar ouders individueel uitgelegd moeten worden zodat het aangepast is aan de behoeften van elke ouder. Aan de hand van brochures en video's kunnen deze behoeftes opgevuld worden aan de ouders. (Detollenaere et al. 2022)

4.2.2 Ouderlijke aanwezigheid en zorgverlening

Prematuren kunnen zich goed aanpassen aan de intra-uteriene omgeving. Prematuren hun hersenontwikkeling is nog niet volledig ontwikkeld. Extra-uterien hebben prematuren te maken met aanpassingen van de sensoriek, wat gevolgen heeft voor de ontwikkeling.

Ouderlijke aanwezigheid is essentieel voor de ontwikkeling van de prematuur omdat ouders belangrijke prikkels aan hun kind geven. Hierdoor is het zeer belangrijk dat ouders 24/7 aanwezig kunnen zijn, indien nodig begeleid door een verpleegkundige.

Er zou gestreefd moeten worden naar ongestoorde tijd met de prematuur - ouder die op dat moment aanwezig is. Ouders zouden elkaar kunnen afwisselen zodat er steeds iemand aanwezig kan zijn. Dit in de mate van het mogelijke maar het blijft sterk aangeraden.

Ook het opbouwen en geven van routine zorg aan hun kind, zoals het verpamperen, baden, aankleden en voeden, wordt aangeraden om ouderparticipatie en autonomie te bevorderen.

Er werd aangetoond dat borstvoeding de optimale methode is om een pasgeborene te voeden. Het geven van gezondheidspromotie en het consulteren van een lactatiedeskundige is hierbij belangrijk.

Om aan ontwikkelingsgerichte zorg te kunnen komen zou de scheiding van prematuur - ouder zo minimaal mogelijk gehouden moeten worden. Inclusief het geven van skin-to-skin contact, begeleiding in het positioneren en het vasthouden van de prematuur, aanpassingen van de zorgomgeving en het stimuleren van positieve zintuiglijke prikkels zoals bv. de stem van ouders hoorbaar maken via het zingen of voorlezen. (Detollenaere et al. 2022)

Op aanbeveling van NIDCAP zou kangoeroeën en skin-to-skin zorg gestimuleerd moeten worden. Via NIDCAP kunnen we ontwikkelingsgerichte zorg stimuleren. Ouders educatie geven en samen met een verpleegkundige de zorgen van de prematuur aanpakken is hierbij zeer belangrijk. Verpleegkundigen die aan goede communicatie doen tijdens een zorg kunnen de zorg kwalitatief verbeteren. Dit wordt behaald door prematuren in hun directe omgeving te observeren bv. zijn er tekens van stress of discomfort? Is de prematuur ontspant? Na het interpreteren van deze observaties kan de zorg aangepast worden zodat de prematuur de beste ondersteuning ontvangt. (Detollenaere et al. , 2022)

5.1 Prototype

Wanneer mama niet meer als patiënt is opgenomen in het ziekenhuis, maar de pasgeborene nog nood heeft aan verdere opvolging en verzorging, kan er gebruik worden gemaakt van het principe van rooming-in. Op rooming-in-kamers heeft één van beide ouders de mogelijkheid om bij de pasgeborene te blijven slapen.

Sommige neonatale afdelingen maken standaard gebruik van rooming-in-kamers. Anderen maken enkel gebruik van rooming-in kamers naar aanloop van het ontslag van de pasgeborene, dit ter voorbereiding op de thuissituatie en/of in afwachting van de PML van 37 weken.

Vanuit de praktijk kwam er de vraag om te kijken naar hoe we rooming-in op de neonatale afdelingen kunnen verbeteren. Uit literatuur werd bewezen dat rooming-in tal van positieve effecten heeft. Maar omdat we ruimtelijk de mogelijkheid niet hebben om rooming-in kamers te vermeerderen zochten we een alternatief, het bevorderen van ouderparticipatie.

Het voornaamste doel van ons prototype is het verbeteren van de ouder-kind binding, waar verpleegkundigen een grote rol in spelen. Ze zijn een belangrijke schakel in het bevorderen van ouderparticipatie. Primair richten we ons naar de verpleegkundigen op neonatologie. Dit zal vervolgens een impact hebben op de ouder en de pasgeborenen, met de ouder-kind binding als einddoel.

Uit literatuur blijkt dat er reeds tal van kanalen zijn gebruikt waarlangs het rooming-in principe wordt uitgelegd aan de ouders en het verzorgend personeel. Tijdens de COVID-19 pandemie werd er een globaal initiatief genomen door The Global Alliance for Newborn Care (GLANCE). Deze champagne had de naam "Geen scheiding. Samen voor betere zorg! Houd premature en zieke baby's dicht bij hun ouders". (Detollenaere et al. , 2022)

"Het doel van de campagne is het bewustmaken van de voordelen van geen scheiding van premature en zieke baby's en hun ouders op de NICU in tijden van COVID-19. (Detollenaere et al. , 2022)"

Het belang van geen-scheiding werd ook al vastgezet in internationale handvesten en normen. Welke deze zijn werd niet aangegeven. (Detollenaere et al. , 2022)

In ons prototype creëren we een tool om verpleegkundigen hun kennis te verbreden. We besloten voor een e-learning te maken omwille van het aanreiken van extra kennis die de verpleegkundigen nodig hebben om ouderparticipatie meer te stimuleren.

Aan de hand van een e-learning wordt er kort onze probleemstelling rond scheiding en de resultaten uit deze bachelorproef aangehaald. Hierna volgen er 6 vragen rondom hetzelfde thema. Na het beantwoorden van een vraag krijgt de deelnemer op volgende dia het juiste antwoord. Zo kunnen de verpleegkundigen bij elk antwoord even stilstaan bij de vraag en wordt het op een correcte en duidelijke manier verwerkt. Tot slot kunnen verpleegkundigen op deze manier geziene leerstof meenemen naar de dagelijkse praktijk. Verpleegkundigen zijn in het bezit van de kennis, het aanwezig zijn voor de ouders en het uitoefenen van goede communicatie zal ouderparticipatie bevorderen.

Dit via PowerPoint, via deze weg is het makkelijk hanteerbaar voor de verpleegkundigen. Na het doorlopen van de 10 vragen kunnen verpleegkundigen een survey invullen, hierdoor krijgt de adjunct- en hoofdvroedvrouw een melding dat een verpleegkundige de e-learning heeft dooremaakt. Deze survey werd door ons niet gemaakt. Indien het ziekenhuis de e-learning op de werkvloer wilt gebruiken kan deze nog gemaakt worden.

In bijlage vind u de PowerPoint slides, hier alvast de vragen:

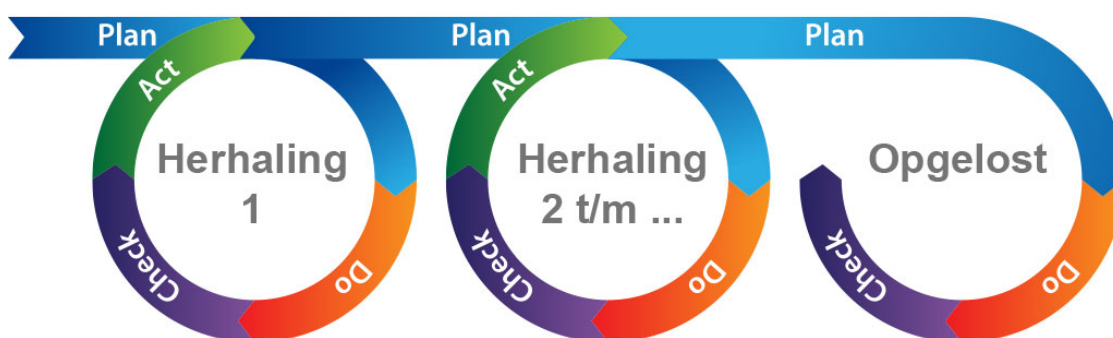
1. Hoe kan rooming-in het beste gehanteerd worden?
 - a. **Er is een ouder 24/7 aanwezig bij de prematuur. Ouders wisselen elkaar af. De ouders ervaren onderbroken hechtingstijd.**
 - b. Ouders zijn zo veel mogelijk aanwezig, minstens 12u/dag.
 - c. Beide ouders moeten 24/7 aanwezig zijn om aan de voordelen van rooming-in te kunnen voldoen.
2. Welke actoren spelen een belangrijke rol in het ondersteunen van ouders?
 - a. Neonatale verpleegkundigen.
 - b. Ouders met dezelfde ervaringen bv. aanwezige ouders op de afdeling of vrijwilligers die dezelfde ervaringen hadden in het verleden.
 - c. **Neonatale verpleegkundigen en ouders met dezelfde ervaringen bv. aanwezige ouders op de afdeling of vrijwilligers die dezelfde ervaringen hadden in het verleden.**
3. Welke 2 hormonen spelen een belangrijke rol bij het kangoeroeën?
 - a. Cortisol en oestrogeen.
 - b. **Cortisol en oxytocine.**
 - c. Oxytocine en oestrogeen.
4. Kangoeroeën heeft verschillende effecten op de vitale parameters van de pasgeborenen. Welke effecten zijn het gevolg van kangoeroeën?
 - a. Stabiele hartslag, verlaagde zuurstofsaturatie en verbeterde ademhalingsfrequentie.
 - b. **Stabiele hartslag, verbeterde zuurstofsaturatie en verbeterde ademhalingsfrequentie.**
 - c. Lagere hartslag, verbeterde zuurstofsaturatie en verhoogde bloeddruk
5. Je bent verpleegkundige van de vroege shift op de neonatologie. Bij één van je patiënten dient een bloedafname te gebeuren. Wanneer ga je de bloedafname uitvoeren tijdens je shift?
 - a. Gebundeld bij alle ochtendzorgen vooraleer de ouders aanwezig zijn op de afdeling.
 - b. Ergens op de voormiddag wanneer het uitkomt.
 - c. **Tijdens het kangoeroeën.**
6. Hechting is een duurzame relatie tussen het kind en het hechtingsfiguur. Hoe uit deze relatie zich?
 - a. **In de vorm van gehechtheidsgedrag.**
 - b. In de vorm van gedrag.
 - c. In de vorm van vertrouwen.

5.2 Plan

Om de e-learning te implementeren wordt de PDCA cyclus (zie figuur 5) gebruikt om alles overzichtelijk in kaart te brengen. Een PDCA cyclus staat voor Plan, Do, Check en Act. Deze 4 stappen moeten doorlopen worden om te kunnen spreken van een goed proces van continu verbetering. Het is een hulpmiddel om processen te verbeteren en de kwaliteit ervan te verhogen. Specifiek voor deze bachelorproef zal de PDCA cyclus gebruikt worden om het aanreiken en het gebruik van de e-learning te gaan verbeteren. Optimalisatie is hierin cruciaal. De 4 stappen worden meermaals herhaald. (Proces optimisten, 2019)

PDCA: Plan. Do. Check. Act.

Methode voor het continu verbeteren van processen.



Figuur 5: PDCA cyclus: methode voor het continu verbeteren van processen (Proces optimisten, 2019)

Plan	Het exploreren naar het probleem werd gedurende het schrijven van de bachelorproef gedaan.
Do	<p>Het doel van de e-learning is ouderparticipatie verhogen en ouders hierin ondersteunen, zo bereiken we het einddoel van een betere ouder-kind binding. Via een e-learning zal dit op microniveau opgefrist worden aan alle werkzame verpleegkundigen van de dienst neonatologie in het HeiligHart Ziekenhuis in Lier. Ze zullen deze e-learning verplicht doormaken zodat alle verpleegkundigen deze kennis opdoen.</p> <p>Via mail krijgen ze een aankondiging en de e-learning. Indien gewenst kan de adjunct- of hoofdvroedvrouw de e-learning vermelden op het kwaliteitsbord van de afdeling zodat elke verpleegkundige na het voltooiën van de e-learning dit kan aanduiden op het bord.</p> <p>2 of 3 weken voor het versturen van de e-learning zal de adjunct- of hoofdvroedvrouw een mail sturen naar alle verpleegkundigen binnen het team(via werkmail) om een aankondiging te doen voor de te komen e-learning.</p> <p>De adjunct- en hoofdvroedvrouw versturen de e-learning waarvoor de verpleegkundigen 3 weken de tijd krijgen. Collega's die in verlof/afwezig zijn krijgen hier na hun verlof tijd voor. De verpleegkundigen kunnen kiezen of ze de e-learning thuis of tijdens hun shift maken.</p>

	<p>Na het doorlopen van de e-learning zullen verpleegkundigen hun score moeten doorgeven via een survey, zodanig dat de resultaten tot aan de adjunct-en hoofdvroedvrouw geraken. Hierbij vragen we eerlijkheid.</p> <p>De belemmerende en belastende factoren hierin zijn tijd omdat verpleegkundigen hun tijd hierin moeten besteden. Motivatie kan ook een factor zijn, hoewel deze e-learning kwaliteit kan geven aan de zorgen.</p>
Check	<p>De adjunct-en hoofdvroedvrouw van neonatologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controleert of alle verpleegkundigen de survey hebben ingevuld door het kwaliteitsbord en de survey naast elkaar te leggen - bekijken de resultaten en gaan aan de slag met het plannen van een extra leermoment bv. een bijscholing indien de resultaten aan de lage kant zijn (onder de 3/6) - bevragen, een week na het afleggen van de e-learning, mondeling de bevindingen van de verpleegkundigen - maken de nodige aanpassingen, a.d.h.v. mondelinge feedback, om de e-learning te optimaliseren zodat de e-learning eventueel geïmplementeerd kan worden voor nieuwe toekomstige verpleegkundigen die op de afdeling aan het werk zullen gaan
Act	<p>Er kan nu ook besproken worden of de e-learning een meerwaarde heeft voor eventueel nieuwe collega's van op de afdeling zodat deze in de toekomst doorloopt kan worden door hun.</p>

Discussie

Dit wetenschappelijk onderzoek werd gevoerd om een antwoord te geven op 2 onderzoeksvragen:

1. Wat is het effect van rooming-in op de ouder-kind binding tijdens een opname op de neonatologie?
2. Hoe kunnen we als verpleegkundigen ouderparticipatie verhogen om tot een betere ouder-kind binding te komen op de neonatologie?

Het uitvoeren van het wetenschappelijk onderzoek heeft de verwachte resultaten opgeleverd. De antwoorden op de onderzoeksvragen waren voor uitvoering van het onderzoek reeds helder. Na het opzoeken en analyseren van wetenschappelijke artikelen werd het verwachte antwoord op de onderzoeksvragen bevestigd. Ondanks dat er vooraf een duidelijk beeld was over het onderwerp van de bachelorproef, werd er toch gebotst op enkele belemmeringen doorheen het proces van het onderzoek.

In de wetenschappelijke literatuur wordt voornamelijk onderzoek gevoerd op basis van de vergelijking tussen enerzijds de opname van een pasgeborene op een eenpersoonskamer, en anderzijds de opname op een open zaal. Er werden voordelen en nadelen beschreven van beide aspecten om zo te kunnen afwegen wat het meest voordelig is voor de ouder-kind binding.

Deze literatuurstudie is gericht op rooming-in, de mogelijkheid om als ouder 24 uur per dag aanwezig te zijn bij je pasgeborene. Deze definitie is niet te vergelijken met de eenpersoonskamer die in de literatuur beschreven wordt. Rooming-in wordt voornamelijk toegepast om de ouders de mogelijkheid te geven om bij hun pasgeboren kindje te blijven slapen en op deze manier meer beschikbaar te zijn. Met een opname op een eenpersoonskamer wordt vooral bedoeld dat de pasgeborene op een kamer alleen ligt, wat niet in wezen wil zeggen dat er de mogelijkheid tot rooming-in is.

Bij het uitvoeren van deze literatuurstudie werd er dan ook enkele keren de bedenking gemaakt of het wel correct is om de gevonden informatie in verband met de voordelen van een eenpersoonskamer te gebruiken om de voordelen van rooming-in te beschrijven. Uiteindelijk werd er toch de keuze gemaakt om verder te gaan met de voordelen van een eenpersoonskamer, dit omdat uit de onderzoeken blijkt dat de ouders voldoende aanwezig zijn om de vergelijking te kunnen maken met rooming-in.

Verder is er opvallend dat er weinig onderzoek is gedaan naar effectieve voordelen van rooming-in op de NICU/N*. Het concept rooming-in is tot op heden vrij nieuw en moet in deze meeste ziekenhuizen nog doorgevoerd worden. Daar waar de mogelijkheid tot rooming-in er nog niet is, zijn er vaak organisatorische en architectonische factoren die de invoering van rooming-in verstoren. Doordat er nog weinig aan rooming-in gedaan wordt is er een beperkt aanbod aan beschikbare wetenschappelijke literatuur.

Tot slot werd er ook opgemerkt dat er weinig wetenschappelijke artikelen met betrekking tot de onderwerpen rooming-in en ouderparticipatie beschikbaar zijn in België. De grote meerderheid van alle artikelen bestaat uit onderzoeken die werden gevoerd in het buitenland.

Als er in de toekomst nogmaals een wetenschappelijk onderzoek zou gevoerd worden naar de effecten van rooming-in op de neonatale afdelingen, zou het bijvoorbeeld een meerwaarde kunnen zijn om de ouders te laten deelnemen aan het onderzoek. Ouders die een pasgeboren kind hebben dat is opgenomen op een neonatale afdeling zijn de betrouwbaarste bron om informatie uit te halen. De ouders zijn de personen die gebruik maken van rooming-in, en zij kunnen dan ook het beste oordelen of rooming-in voordelig is voor de ouder-kind binding tijdens een opname op de neonatale afdeling.

Er kan bijvoorbeeld gebruikgemaakt worden van een enquête, waarbij een vragenlijst wordt ingevuld om op kwantitatief vlak meer bewijsmateriaal te verzamelen. Een ander voorbeeld voor het verzamelen van kwalitatief bewijsmateriaal is het gebruik van een dagboek waarin de ouders hun gevoelens en ervaringen tijdens het verblijf van hun pasgeborene kunnen neerschrijven.

Naast de belemmeringen in het onderzoek, bestaan er ook voordelen aan het voeren van een wetenschappelijke literatuurstudie. Juist omdat er vele zoektermen bestaan om mee aan de slag te gaan, en omdat er heel ruim gezocht is naar wetenschappelijke artikelen, werd er veel extra kennis opgedaan tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Dit extra aanbod aan kennis dat werd opgedaan zal bevorderlijk blijven in de verdere loopbaan.

Conclusie

Voor de gezonde ontwikkeling van de pasgeborene is de hechting tussen ouder en kind van cruciaal belang. Maar als pasgeborenen ziek, te vroeg of te klein geboren worden, komt dit hechtingsproces direct onder druk te staan. De abrupte scheiding tussen ouder en kind na de geboorte, ten gevolge van een ziekenhuisopname, kan worden gerelativeerd door het fenomeen "rooming-in", of ten minste de effecten hiervan, toe te passen.

Niet-scheiden van ouder en kind op NICU/N* heeft positieve effecten op zowel ouder als kind. Op vele afdelingen is het echter tot op heden om organisatorische en architectonische redenen onmogelijk om rooming-in aan te bieden. Het is dus belangrijk om op zoek te gaan naar hoe ouderparticipatie verhoogd kan worden op een afdeling waar niet aan rooming-in gedaan kan worden.

Er wordt gestreefd naar het toepassen van de positieve effecten van rooming-in om de abrupte scheiding tussen ouder en kind zo goed mogelijk op te vangen. Een belangrijk onderdeel, in de zorg voor de pasgeborene, is de toepassing van ontwikkelingsgerichte zorg. Ontwikkelingsgerichte zorg is een overkoepelend begrip voor alle interventies, ontwikkeld om de NICU-omgeving aan te passen en zo de stress die de pasgeborene ervaart tot een minimum te beperken.

Ten gevolge van ontwikkelingsgerichte zorg worden een tal van voordelen ervaren door de ouders waarvan de pasgeborene gehospitaliseerd is op een neonatologie, of zelf op een NICU. Ontwikkelingsgerichte zorg kan het eenvoudigste worden toegepast wanneer er sprake is van rooming-in. Wanneer er geen mogelijkheid is tot rooming-in, wordt er getracht de positieve effecten ervan te implementeren op de neonatologie. Na het uitvoeren van een literatuurstudie werden er verschillende positieve effecten opgemerkt. De aanwezigheid van de ouders op de afdeling zou hoger liggen bij de toepassing van rooming-in. De toenadering tussen ouder en pasgeborene wordt als makkelijker ervaren. Ook zouden de ouders gemakkelijker en meer betrokken zijn bij de zorg van hun pasgeboren kind. De ouders ervaren zelf minder stress die gepaard gaat bij de hospitalisatie, met een hogere emotionele steun en tevredenheid van het verplegend personeel en meer vertrouwen in de verpleegkundigen die de zorg aan hun kind toedienen. Er zou na de geboorte sneller gestart worden met kangoeroeën. Kangoeroeën heeft op zich een tal van positieve effecten, denk hierbij aan het verminderen van stress en pijn door het effect op de hormonen oxytocine en cortisol. Ook worden Family Centered Care interventies ervaren als ondersteunend in de vroege hechting.

Een belangrijk doel in het toepassen van ontwikkelingsgerichte zorg is het verhogen van de ouderparticipatie. Ouderlijke aanwezigheid is essentieel voor de ontwikkeling van de pasgeborene. Er wordt gestreefd naar een ongestoorde tijd met de pasgeborene, waarbij de ouder een routine in de zorg voor het kind kan opbouwen, onder eventuele begeleiding van een verpleegkundige. De verpleegkundige speelt een belangrijke rol in het overbrengen van de positieve effecten van rooming-in naar de ouders. Een correcte ouderparticipatie met het oog op ontwikkelingsgerichte zorg is van cruciaal belang voor een goede ouder-kind binding.

MESSAGE TO TAKE HOME

De verpleegkundige kan aanzien worden als belangrijkste schakel tussen ouder en kind op de neonatologie. Wanneer wegens organisatorische en architectonische redenen rooming-in niet mogelijk is, worden ouders door het aanbod van tips & tricks van de verpleegkundigen ondersteund tijdens deze kritieke periode in de ontwikkeling van de pasgeborene. En wat is er mooier dan het ondersteunen van de meest unieke band die door de mens is gekend?

Referentielijst

- Bowlby, J. (1984). *Niet alle banden binden even vast*.
- Bowlby, J., Ainsworth, M., Van Der Horst, F., Van, L., & Samenvatting, R. (2017). Pedagogische ideeëngeschiedenis: de gehechtheidstheorie van John Bowlby en Mary Ainsworth. *Pedagogiek in Beeld*, 43–54. https://doi.org/10.1007/978-90-368-0616-9_4
- Campbell-Yeo, M., Kim, T., Disher, T., Richardson, B., Dol, J., Bishop, T., Delahunty-Pike, A., Dorling, J., Glover, M., Inglis, D., Johnson, T., Macmillan, D., Mcgrath, P., Monaghan, J., Orovec, A., Simpson, D. C., Skinner, N., Whitehead, L., & Wozney, L. (2021). Do Single-Family Rooms Increase Parental Presence, Involvement, and Maternal Well-Being in Neonatal Intensive Care? *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 35(4), 350–361. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000600>
- Dani, C., Ciarcià, M., Miselli, F., Luzzati, M., Coviello, C., Azzarelli, F., Ferrara, M., Lori, I., & Pezzati, M. (2022). The management of late preterm infants: effects of rooming-in assistance versus direct admission to neonatal care units. *European Journal of Pediatrics*, 181(4), 1643–1649. <https://doi.org/10.1007/S00431-021-04337-Z/TABLES/4>
- Detollenaere et al. (2022). *Infant- and family-centred developmental care for preterm newborns in neonatal care | KCE*. <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/infant-and-family-centred-developmental-care-for-preterm-newborns-in-neonatal-care>
- Feeley, N., Robins, S., Genest, C., Stremmler, R., Zerkowitz, P., & Charbonneau, L. (2020). A comparative study of mothers of infants hospitalized in an open ward neonatal intensive care unit and a combined pod and single-family room design. *BMC Pediatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12887-020-1929-1>
- Finlayson, K. (2014). *Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units*. <https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1016%2Fj.srhc.2014.06.003&token=WzM4NzU1NTksIjEwLjEwMTYvai5zcmhjLjIwMTQuMDYuMDAzIi0.q1jFCASnBzDiEYuvqiKRjohnIHg>
- Franck, L. S., Waddington, C., & O'Brien, K. (2020). Family Integrated Care for Preterm Infants. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 149–165. <https://doi.org/10.1016/J.CNC.2020.01.001>
- Fukkink, R. (2023). *De kangoeroemethode*. <https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1007%2Fs41190-023-1659-3&token=WzM4NzU1NTksIjEwLjEwMDcvczQxMTkwLTAyMy0xNjU5LTMiXQ.9e ropAqUAJzfOOWbFFX-0VoTruY>
- Gratama-Nierstrasz, R. (2017). Eenkennigheid. *Kleine Kwalen Bij Kinderen*, 102–106. https://doi.org/10.1007/978-90-368-1696-0_17
- Honor, G. (2019). Attachment Disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(5), 612–622. <https://doi.org/10.1016/J.PEDHC.2019.04.017>
- Infant, I. W. (2017). Family and infant neurodevelopmental education: An innovative, educational pathway for neonatal healthcare professionals.

Infantjournal.Co.Uk.

https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_lop.pdf

Jaafar, S. H., Ho, J. J., & Lee, K. S. (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8).

https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.PUB3/MEDIA/CDSR/CD006641/IMAGE_N/NCD006641-CMP-001-03.PNG

Kim, A. R., Kim, S. Y., & Yun, J. E. (2020). Attachment and relationship-based interventions for families during neonatal intensive care hospitalization: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/S13643-020-01331-8>

Kind&Gezin. (2023). *Hechting | Kind en Gezin.*

<https://www.kindengezin.be/nl/thema/ontwikkeling-en-gedrag/sociale-en-emotionele-ontwikkeling/hechting>

Kuhn, P., Sizun, J., Casper, C., Allen, A., Audeoud, F., Bouvard, C., Brandicourt, A., Cayemaex, L., Denoual, H., Duboz, M. A., Evrard, A., Fichtner, C., Fischer-Flumeaux, C., Girard, L., Gonnaud, F., Haumont, D., Hüppi, P., Knezovic, N., Laprugne-Garcia, E., ... Zores, C. (2018). Recommendations on the environment for hospitalised newborn infants from the French neonatal society: rationale, methods and first recommendation on neonatal intensive care unit design. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 107(11), 1860–1866. <https://doi.org/10.1111/APA.14501>

Kutahyalioğlu, N. S., & Scafide, K. N. (2022). Effects of family-centered care on bonding: A systematic review.

<https://doi.org/10.1177/13674935221085799>

<https://doi.org/10.1177/13674935221085799>

Latour, J. M., & van Dijk, M. (2014). Patient safety from the patient: Parents' perspective. *Tijdschrift Voor Kindergeneeskunde*, 82(5), 184–188.

<https://doi.org/10.1007/S12456-014-0038-1>

Leaderlou S. Magtoto. (2021, September 3). *Premature baby's (ontslag): gereedheid van het gezin faciliteren.*

https://ebpnet.be/nl/ebsources/6625?check_logged_in=1

Lehtonen, L., Lee, S. K., Kusuda, S., Lui, K., Norman, M., Bassler, D., Håkansson, S., Vento, M., Darlow, B. A., Adams, M., Puglia, M., Isayama, T., Noguchi, A., Morisaki, N., Helenius, K., Reichman, B., & Shah, P. S. (2020). Family Rooms in Neonatal Intensive Care Units and Neonatal Outcomes: An International Survey and Linked Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, 226, 112–117.e4.

<https://doi.org/10.1016/J.JPEDI.2020.06.009>

Louis Tavecchio, E. R. (1993). De vreemde situatie. *De Vreemde Situatie.*

Maaskant, A., & Reinders, A. (2010). Spanning en onveiligheid: de gevolgen voor de ontwikkeling van het kind. *De Zorg Voor Pleegkinderen*, 24–40.

https://doi.org/10.1007/978-90-313-7981-1_2

Pados, B. F. (2019). Physiology of Stress and Use of Skin-to-Skin Care as a Stress-Reducing Intervention in the NICU. *Nursing for Women's Health*, 23(1), 59–70. <https://doi.org/10.1016/J.NWH.2018.11.002>

- Proces o, & Ptimisten. (2019). *PDCA cyclus: betekenis, praktijkvoorbeelden en tips voor Plan Do Check Act*.
<https://procesoptimisten.nl/procesproblemen-oplossen/pdca/>
- STATBEL. (2022). *Daling van het geboortecijfer in 2020*.
[https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/daling-van-het-geboortecijfer-2020#:~:text=Mama op 29%2C33 jaar,\(34%2C1 jaar\)](https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/daling-van-het-geboortecijfer-2020#:~:text=Mama op 29%2C33 jaar,(34%2C1 jaar))
- Tandberg, B. S., Flacking, R., Markestad, T., Grundt, H., & Moen, A. (2019). Parent psychological wellbeing in a single-family room versus an open bay neonatal intensive care unit. *PloS One, 14*(11).
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0224488>
- Tandberg, B. S., Frøslie, K. F., Flacking, R., Grundt, H., Lehtonen, L., & Moen, A. (2018). Parent-Infant Closeness, Parents' Participation, and Nursing Support in Single-Family Room and Open Bay NICUs. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 32*(4), E22–E32.
<https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000359>
- Ubbels, J. (2015). Hechtingstheorie en psychoanalyse. *Tijdschrift Voor Psychoanalyse, 9*(2).
https://www.tijdschriftvoorpsychoanalyse.nl/inhoud/tijdschrift_artikel
- van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., Franck, L. S., O'Brien, K., Limpens, J., van der Lee, J. H., van Goudoever, J. B., & van der Schoor, S. R. D. (2020). Hospitalising preterm infants in single family rooms versus open bay units: A systematic review and meta-analysis of impact on parents. *EClinicalMedicine, 23*.
<https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2020.100388>
- Warren, I., Mat-Ali, E., Green, M., Nursing, D. N.-J. of N., & 2019, U. (2019). Evaluation of the Family and Infant Neurodevelopmental Education (FINE) programme in the UK. *Elsevier*.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184118301583?casa_token=IOCwcRBi0tcAAAAA:1zXZrlzruVPvM604KOjZJ1yrIpVyVln46m8PNbn2vmVWp_zPWK7JpGaA475IJvydPXfk6HzaEX8
- Wielenga, J. (2007). *Ontwikkelingsgerichte zorg op de IC Neonatologie*.
<https://doi.org/10.1007/BF03071215>

Bijlage

E-learning via Powerpoint:



1

Inleiding

- Deze e-learning werd gemaakt in kader van onze bachelorproef "Is rooming-in in?"
- Er werd gezocht naar:
 1. de effecten van rooming-in op de ouder-kind binding tijdens een opname op de neonatologie
 2. hoe verpleegkundigen ouderparticipatie kunnen verhogen om tot een betere ouder-kind binding te komen op de neonatologie
- Een korte samenvatting van het probleem is dat de scheiding tussen ouder – kind nadelige gevolgen heeft. De betrokkenheid van de ouders bij de zorg van hun pasgeborenen kind maakt een groot deel uit van de huidige werking op de meeste neonatale afdelingen. Ouderparticipatie maakt een groot deel uit van de ontwikkeling van de hechting.
- Hechting wordt omschreven als een duurzame relatie tussen het kind en het hechtingsfiguur. Deze relatie uit zich in de vorm van gehechtheidsgedrag. Dit gedrag vertoont het kind in de poging om de hechtingsfiguur naderbij te krijgen.
- Scheiding tussen pasgeborenen en ouders heeft grote langetermijneffecten voor de ontwikkeling van het kind op latere leeftijd. Door een opname op een neonatale afdeling ontstaat er een breuk in de nabijheid tussen ouder en pasgeborene. Deze afstand heeft een grote impact op het hechtingsproces tussen ouders en pasgeborenen.
- Door rooming-in toe te passen, waarbij de ouder 24 uur per dag aanwezig is, kunnen we deze afstand verkleinen en het hechtingsproces beter ondersteunen tijdens de opname.

→ In volgende slides zullen er 6 vragen gesteld worden i.v.m. dit thema. Aan jullie om hier even bij stil te staan. In een 1^{ste} slide ziet u de vraag en bij een volgende slide het juiste antwoord.

→ Op het einde van de e-learning vragen we om u antwoorden in te vullen via de survey.

2

Hoe kan rooming-in het beste gehanteerd worden?

- A. Er is een ouder 24/7 aanwezig bij de prematuur. Ouders wisselen elkaar af. De ouders ervaren onderbroken hechtingstijd.
- B. Ouders zijn zo veel mogelijk aanwezig, minstens 12u/dag.
- C. Beide ouders moeten 24/7 aanwezig zijn om aan de voordelen van rooming in te kunnen voldoen.

3

Hoe kan rooming-in het beste gehanteerd worden?

- A. Er is een ouder 24/7 aanwezig bij de prematuur. Ouders wisselen elkaar af. De ouders ervaren onderbroken hechtingstijd.
- B. Ouders zijn zo veel mogelijk aanwezig, minstens 12u/dag.
- C. Beide ouders moeten 24/7 aanwezig zijn om aan de voordelen van rooming in te kunnen voldoen.

4



Welke actoren spelen een belangrijke rol in het ondersteunen van ouders?

- A. Neonatale verpleegkundigen.
- B. Ouders met dezelfde ervaringen bv. aanwezige ouders op de afdeling of vrijwilligers die dezelfde ervaringen hadden in het verleden.
- C. Neonatale verpleegkundigen en ouders met dezelfde ervaringen bv. aanwezige ouders op de afdeling of vrijwilligers die dezelfde ervaringen hadden in het verleden.

5



Welke actoren spelen een belangrijke rol in het ondersteunen van ouders?

- A. Neonatale verpleegkundigen.
- B. Ouders met dezelfde ervaringen bv. aanwezige ouders op de afdeling of vrijwilligers die dezelfde ervaringen hadden in het verleden.
- **C. Neonatale verpleegkundigen en ouders met dezelfde ervaringen bv. aanwezige ouders op de afdeling of vrijwilligers die dezelfde ervaringen hadden in het verleden.**

6

Welke 2 hormonen spelen een belangrijke rol bij het kangoeroeën?

- A. Cortisol en oestrogeen.
- B. Cortisol en oxytocine.
- C. Oxytocine en oestrogeen.

7

Welke 2 hormonen spelen een belangrijke rol bij het kangoeroeën?

- A. Cortisol en oestrogeen.
- **B. Cortisol en oxytocine.**
- C. Oxytocine en oestrogeen.

8

Kangoeroeën heeft verschillende effecten op de vitale parameters van de pasgeborenen. Welke effecten zijn het gevolg van kangoeroeën?

- A. Stabiele hartslag, verlaagde zuurstofsaturatie en verbeterde ademhalingsfrequentie.
- B. Stabiele hartslag, verbeterde zuurstofsaturatie en verbeterde ademhalingsfrequentie.
- Lagere hartslag, verbeterde zuurstofsaturatie en verbeterde ademhalingsfrequentie.

9

Kangoeroeën heeft verschillende effecten op de vitale parameters van de pasgeborenen. Welke effecten zijn het gevolg van kangoeroeën?

- A. Stabiele hartslag, verlaagde zuurstofsaturatie en verbeterde ademhalingsfrequentie.
- **B. Stabiele hartslag, verbeterde zuurstofsaturatie en verbeterde ademhalingsfrequentie.**
- Lagere hartslag, verbeterde zuurstofsaturatie en verbeterde ademhalingsfrequentie.

10

Je bent verpleegkundige van de vroege shift op de neonatologie.
Bij één van je patiënten dient een bloedafname te gebeuren.
Wanneer ga je de bloedafname uitvoeren tijdens je shift?


- A. Gebundeld bij alle ochtendzorgen vooraleer de ouders aanwezig zijn op de afdeling.
- B. Ergens op de voormiddag wanneer het uiktoemt.
- C. Tijdens het kangoeroeën.

11

Je bent verpleegkundige van de vroege shift op de neonatologie.
Bij één van je patiënten dient een bloedafname te gebeuren.
Wanneer ga je de bloedafname uitvoeren tijdens je shift?

- A. Gebundeld bij alle ochtendzorgen vooraleer de ouders aanwezig zijn op de afdeling.
- B. Ergens op de voormiddag wanneer het uiktoemt.
- **C. Tijdens het kangoeroeën.**


12



Hechting is een duurzame relatie tussen het kind en het hechtingsfiguur. Hoe uit deze relatie zich?

- A. In de vorm van gehechtheidsgedrag.
- B. In de vorm van gedrag.
- C. In de vorm van vertrouwen.

13



Hechting is een duurzame relatie tussen het kind en het hechtingsfiguur. Hoe uit deze relatie zich?

- **A. In de vorm van gehechtheidsgedrag.**
- B. In de vorm van gedrag.
- C. In de vorm van vertrouwen.

14

