

Pijnmeting bij pasgeborenen

NOODZAAK OP DE AFDELING VERLOSKUNDE?

EEN KWALITATIEF ONDERZOEK



Opdrachtgever: Mevr. A.B. Hoekstra
Unithoofd Verloskunde Martini
Ziekenhuis Groningen
Docentbegeleider: Dhr. E. Ramaker
Praktijkbegeleider: Mevr. E. Streefland
Studenten:
Bente de Weert (studentnr. 268776) &
Lisan van Veen (studentnr. 240372)

Datum: 15 januari 2020
Definitieve versie

Academie voor Verpleegkunde
Hanzehogeschool Groningen
HBO Verpleegkunde Deeltijd jaar 3

Module analyseren en verbeteren van zorg
Cursuscode: HVDB18MAVZ

Samenvatting

Inleiding: Sinds 2018 is de visie van het Martini Ziekenhuis dat moeder en kind zo min mogelijk van elkaar worden gescheiden. Eerder lagen de zieke pasgeborenen gescheiden van de moeder op de afdeling Neonatologie. Sinds de nieuwe visie liggen vaker zieke pasgeborenen op de afdeling Verloskunde bij de moeder. Op de afdeling Neonatologie wordt gebruik gemaakt van een pijnmeetinstrument, om een pijnscore af te nemen bij pasgeborenen. Men spreekt van een goed pijnbeleid wanneer iemands pijn regelmatig wordt gemeten. Hierdoor krijgt men een indruk van de effectiviteit van een behandeling. Op de afdeling Verloskunde wordt geen pijnscore afgenomen bij zieke pasgeborenen, de kennis over de noodzaak hiervan ontbreekt.

Onderzoeksvraag: Bij welke pasgeborenen vanaf 36 weken die klinisch geboren zijn, liggend op de afdeling Verloskunde in het Martini Ziekenhuis, moet een pijnscore afgenomen worden?

Doelstelling: Per januari 2020 is inzicht verkregen in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen vanaf 36 weken, die klinisch geboren zijn, door middel van kwalitatief onderzoek. De verkregen resultaten zijn meegenomen in de aanbevelingen aan de afdeling Verloskunde. De resultaten van het onderzoek kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg van het Martini Ziekenhuis.

Methode: Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag en de deelvragen is praktijkgericht onderzoek verricht. Gebruik is gemaakt van kwalitatief, beschrijvend onderzoek. Voor het beantwoorden van de vraagstelling, zijn door middel van 'Thematische analyse' de uitkomsten van literatuuronderzoek en praktijk (interviews) met elkaar vergeleken.

Resultaat: Zowel verpleegkundigen als de verpleegkundig specialist en kinderarts-assistent geven aan dat een pijnscore afnemen bij pasgeborenen nodig wordt geacht op de afdeling Verloskunde. Met name als een vermoeden van pijn aanwezig is. Echter bij gezonde 'blakende kinderen' en bij een ongecompliceerde bevalling achten zij het afnemen van een pijnscore niet nodig. Genoemde risicofactoren en complicaties bij pasgeborenen waarbij een vermoeden van pijn kan zijn: o.a. vacuüm extractie, zware bevalling en schouderdystocie. De deelnemers noemen met name bloedprikken of prikken als interventies die pijn kunnen veroorzaken.

Discussie: Kennis is vooral afkomstig van de geïnterviewden wat betreft de risicofactoren en complicaties die pijn kunnen veroorzaken bij pasgeborenen. Weinig is bekend hierover in de literatuur. Het is mogelijk dat meerdere risicofactoren en complicaties bestaan waaraan de deelnemers niet hebben gedacht. De kans is aanwezig dat de antwoorden gericht waren op risicofactoren en complicaties die voorkomen op de afdeling Neonatologie. Tijdens het uitwerken van de interviews zijn twee vragen onbewust overgeslagen, hierdoor kan het zijn dat bruikbare informatie is gemist. Voor de analyse van de resultaten heeft dit geen grote invloed. Wellicht kunnen andere resultaten worden verkregen met het interviewen van kinderartsen en/of andere geselecteerde deelnemers. Door bereik van dataverzadiging wordt ervan uitgegaan dat de resultaten representatief zijn voor dit onderzoek. Handmatig coderen geeft kans op bias vanwege menselijke fouten. Door het volgen van de stappen van 'Thematische analyse' zijn de uitkomsten van het coderen overzichtelijk gemaakt. Dit komt ten goede aan de betrouwbaarheid van de resultaten.

Conclusie: Een pijnscore moet worden afgenomen bij pasgeborenen. Met name bij pasgeborenen met een geboortetrauma of bij een vermoeden van pijn. Idealiter moet een pijnscore worden afgenomen bij alle pasgeborenen voor het meten van een beginwaarde. Daarbij wordt opgemerkt dat een pijnscore niet hoeft worden afgenomen als het om gezonde pasgeborenen gaat, als de pasgeborene klinisch comfortabel is en als het om een normale bevalling gaat.

Aanbevelingen: Het vraagt nader onderzoek om meer kennis te verkrijgen over pijn bij pasgeborenen vanaf week 36. Daarnaast kan onderzocht worden op de afdeling Verloskunde of de genoemde risicofactoren, complicaties en interventies volledig zijn. Het wordt aanbevolen om een pijnmeting in te voeren op de afdeling Verloskunde. Hierbij kan gekeken worden naar wat in het protocol van het Martini Ziekenhuis wordt vermeld. Aanbevolen is om een pijnmeetinstrument te gebruiken die past bij de doelgroep waarbij pijn gemeten gaat worden. Neem naast het afnemen van een pijnscore ook de omgevingsfactoren mee, klinische blik, de voorgeschiedenis van de pasgeborene en de mening van de ouders.

Voorwoord

In het kader van de opleiding HBO-Verpleegkunde (deeltijd) aan de Hanzehogeschool te Groningen is dit onderzoeksrapport geschreven. In de periode van 9 september 2019 tot en met 24 januari 2020 hebben wij, Lisan van Veen en Bente de Weert, samen een onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het Martini Ziekenhuis, in opdracht van de afdeling Verloskunde. Om de onderzoeksvraagstelling te beantwoorden hebben wij naast literatuuronderzoek ook kennis van de afdeling Neonatologie gebruikt voor aanbevelingen aan de afdeling Verloskunde.

Gedurende de onderzoeksperiode hebben wij goede en bruikbare feedback gekregen van onze docentbegeleider Erik Ramaker en van de docenten Carlien Dusseldorp en Binie Kuipers. Daarnaast waren de brainstormsessies met onze praktijkbegeleider Ellen Streefland van de afdeling Verloskunde zeer nuttig om tot een goed product te komen. Jessica Cramer-Kruit bedankt voor het controleren van de methodologie van ons onderzoek.

Wij willen iedereen hartelijk bedanken die deel hebben genomen aan de interviews, gehouden op de afdeling Neonatologie. Dank gaat ook uit naar de zorgcoördinatoren Jeldau de Jager en Sietske Verbree, werkende op de afdeling Neonatologie. Beide dames waren zeer behulpzaam en toegankelijk naar ons. Ten slotte willen wij de opdrachtgever Aly Hoekstra, unithoofd afdeling Verloskunde, bedanken voor het uitzetten van deze onderzoeksvraag. Hierdoor hebben wij de mogelijkheid gekregen om onderzoek te doen op een afdeling in een ziekenhuis, iets wat voor ons beide een grote wens was.

Ook zijn wij, Lisan van Veen en Bente de Weert, elkaar dankbaar voor de fijne samenwerking. Het was een drukke periode waarbij wij het onderzoek combineerden met werk. Daarnaast was Lisan gedurende het onderzoek zwanger, wat voor een extra uitdaging heeft gezorgd in onze planning. Het is uiteindelijk gelukt om het onderzoek in onze volle agenda's in te passen en wij kijken dan ook terug op een zeer leerzame en gezellige onderzoeksperiode.

Veel leesplezier gewenst!

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding	4
1. Doel- en vraagstelling en definiëring van begrippen	6
2. Onderzoeksmethode	7
2.1 Onderzoeksdesign	7
2.1.1 Onderzoekspopulatie (in-en exclusiecriteria)	7
2.2 Dataverzameling	8
2.2.1 Literatuuronderzoek voor theoretisch kader	8
2.2.2 Praktijkonderzoek: interviews.....	10
2.3 Data-analyse	10
2.4 Validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid	12
2.5 Ethische kwesties	13
3. Resultaten.....	14
3.1 Kennis over pijnmeting bij pasgeborenen.....	14
3.2 Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen	15
3.3 Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen	18
4. Discussie	20
5. Conclusie	23
6. Aanbevelingen	24
Literatuurlijst	25
Bijlagen	28
Bijlage 1: Flowchart.....	28
Bijlage 2: Voor, tegen en overige argumentatie verkregen uit literatuur.....	33
Bijlage 3: Argumentatie gebruikt voor opstellen interviewvragen	54
Bijlage 4: Interview met onderbouwing	59
Bijlage 5: Semigestructureerd interview	62
Bijlage 6: Uitgeschreven interviews	65
Bijlage 7: Logboek	104

Inleiding

Wereldwijd is in de zorg het erkennen van pijn bij pasgeborenen lange tijd een ondergeschoven kind geweest (Wallace & Jones, 2017). In eerste instantie werd aangenomen dat pasgeborenen geen pijn kunnen voelen. Anand deed in 1987 onderzoek naar pijn bij pasgeborenen (Anand, Phil, & Hickey, 1987). Hierna is men zich meer bewust geworden van dit onderwerp waarna de medische wereld zich bewust werd van kennistekort over pijn bij pasgeborenen. Sindsdien is meer onderzoek verricht naar pijn bij pasgeborenen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot verschillende richtlijnen op dit gebied. Onder andere een richtlijn van de World Health Organization gericht op behandeling van pijn bij kinderen met medische ziekten (WHO, 2012).

Wetenschappelijke verenigingen zoals de International Association for the Study of Pain (IASP), de European Federation of IASP Chapters (EFIC) en de American Pain Society (APS) zien allemaal het belang van pijn meten (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007). Pijn wordt door de IASP gedefinieerd als: "Pijn is een onplezierige sensorische en/of emotionele ervaring die in verband wordt gebracht met actuele of potentiële weefselbeschadiging". De APS riep in 1995 op, om pijn net zo vaak te meten als de andere vitale functies; bloeddruk, hartslag, ademhaling en temperatuur. Men spreekt van een goed pijnbeleid wanneer iemands pijn regelmatig wordt gemeten. Hierdoor krijgt men een indruk van de effectiviteit van een behandeling. In de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen' (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007) staat dat hoe vaak een pijnscore wordt afgenomen afhangt van de aard en ernst van de pijn. De leeftijd en ontwikkelingsniveau van het kind bepaalt de te gebruiken methode. Aangegeven wordt in de richtlijn dat bij pasgeborenen het moeilijk is om onderscheid te maken tussen pijn, onrust en angst. Het is relevant om dit onderscheid te kunnen maken om een behandeling te bepalen. Hierbij kan gekeken worden naar de pijnscore, omgevingsfactoren en het uitvragen van ouders betreffende pijnreactie of verandering van de omgeving (V&VN, 2018). Verpleegkundigen zijn de aangewezen zorgverleners om zich met pijn bezig te houden (Landelijke Pijnwerkgroep NICU's, 2014). Ze zijn 24 uur per dag bij de patiënt en zijn hierdoor in staat om tijdig pijn te signaleren. De verpleegkundige observeert en kan handelen naar aanleiding van de observaties. Ze coördineert het werken met verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor pasgeborenen. De verpleegkundige vormt een brug tussen de pasgeborene en de andere disciplines. Hierdoor is ze bij uitstek de zorgverlener die ervoor kan zorgen dat pasgeborenen zo min mogelijk pijn ervaren.

Een pijnmeetinstrument is een hulpmiddel voor verpleegkundigen bij het bepalen van de pijnintensiteit bij pasgeborenen. Ook is het nuttig voor het bepalen van de effectiviteit van de pijnbestrijding (farmacologisch of non-farmacologisch). Bij pasgeborenen blijft het lastig om onderscheid te maken tussen pijn of onrust/angst (V&VN, 2018). In het Martini ziekenhuis op de afdeling Neonatologie wordt de pasgeborene geobserveerd door middel van het pijninstrument 'de Leuvense Neonatale Pijnschaal'. Hierbij wordt de mate van pijn ingeschat en wordt onderscheid gemaakt tussen pijn en discomfort. Dit multidimensionale meetinstrument bevat zes gedragsparameters en één fysiologische parameter (Neonatologie UZ Leuven, 2015).

Sinds 2018 is de visie van het Martini Ziekenhuis dat moeder en kind zo min mogelijk van elkaar worden gescheiden (Martini Ziekenhuis, z.d.). Eerder lagen de zieke pasgeborenen gescheiden van de moeder op de afdeling Neonatologie. Sinds de nieuwe visie liggen zieke pasgeborenen vaker op de afdeling Verloskunde bij de moeder. Op de afdeling Neonatologie wordt gebruik gemaakt van een pijnmeetinstrument, om een pijnscore af te nemen bij pasgeborenen. De situatie in 2019 is dat op de afdeling Verloskunde in het Martini Ziekenhuis bij de pasgeborenen geen pijnscore wordt afgenomen (A.B. Hoekstra, persoonlijke communicatie, 18 september 2019).

De vraag die daarom wordt gesteld op de afdeling Verloskunde is of verpleegkundigen ook pijnscores zouden moeten afnemen bij zieke pasgeborenen. Een zieke pasgeborene, geboren tijdens een klinische bevalling, is in deze situatie ouder dan 36 weken (E. Streefland, persoonlijke communicatie, 30 september 2019). Een klinische bevalling is op medische

indicatie en vindt plaats in het ziekenhuis ("Bevallen in het Martini Ziekenhuis", z.d.). Deze zieke pasgeborenen op de afdeling Verloskunde vallen onder de verantwoordelijkheid van de kinderarts.

De opdrachtgever A.B. Hoekstra heeft op 18 september 2019 aangegeven dat geen parate kennis aanwezig is op de afdeling Verloskunde over wanneer het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen moet worden toegepast. Voor verpleegkundigen is kennis van bronnen van het verpleegkundig handelen, actuele richtlijnen en professionele standaarden noodzakelijk om hun vak goed te kunnen uitoefenen (V&V 2020, 2012). Dit onderzoek kan bijdragen aan het vergroten van kennis over het afnemen van een pijnscore bij zieke pasgeborenen op de afdeling Verloskunde in het Martini Ziekenhuis.

In dit onderzoeksrapport wordt in hoofdstuk 1 de doelstelling, vraagstelling en definiëring van begrippen geformuleerd. Daarna in hoofdstuk 2 de onderzoeksmethode, hierin staat beschreven op welke manier het onderzoek is uitgevoerd. Aandacht is besteed aan de onderzoekspopulatie, dataverzameling en data-analyse. Een paragraaf is geschreven over validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid en een paragraaf over ethische kwesties. In hoofdstuk 3 staan de resultaten uitgeschreven. Hoofdstuk 4, 5 en 6 geven de discussie, conclusie en aanbevelingen weer.

1. Doel- en vraagstelling en definiëring van begrippen

De vraagstelling, doelstelling en deelvragen worden in dit hoofdstuk beschreven en sluiten aan op de probleemstelling van de opdrachtgever van de afdeling Verloskunde van het Martini Ziekenhuis. Vanuit deze vraag en doelstelling zijn relevante deelvragen opgesteld. Afsluitend worden de gebruikte begrippen uit de probleemstelling verduidelijkt.

1.1 Doelstelling

Per januari 2020 is inzicht verkregen in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen vanaf 36 weken, die klinisch geboren zijn, door middel van kwalitatief onderzoek. De verkregen resultaten zijn meegenomen in de aanbevelingen aan de afdeling Verloskunde. De resultaten van het onderzoek kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg van het Martini Ziekenhuis.

1.2 Vraagstelling

Bij welke pasgeborenen vanaf 36 weken die klinisch geboren zijn, liggend op de afdeling Verloskunde in het Martini Ziekenhuis, moet een pijnscore afgenomen worden?

1.3 Deelvragen

- 1) Wat zegt de literatuur over het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen die klinisch zijn geboren?
- 2) Welke afwegingen maken de verpleegkundigen en kinderartsen van de afdeling Neonatologie van het Martini Ziekenhuis, om de pijnscore af te nemen bij de pasgeborenen?

1.4 Definiëring van begrippen

Begrip	Betekenis
Afdeling Neonatologie	Op de verpleegafdeling Pasgeborenen (neonatologie), in het Martini Ziekenhuis, worden te vroeggeboren kinderen en zieke pasgeborene verzorgd die intensieve zorg nodig hebben ("Verpleegafdeling pasgeborenen", z.d.).
Afdeling Verloskunde (kraamafdeling)	Op de verpleegafdeling Verloskunde, in het Martini Ziekenhuis, worden vrouwen opgenomen als er problemen zijn tijdens de zwangerschap of als zij een gecompliceerde bevalling hebben gehad, bijvoorbeeld een keizersnede ("Verpleegafdeling Verloskunde (2A)", z.d.).
Pijnscore	De uitkomst of score van het ingezette pijnmeetinstrument waardoor de verpleegkundige de mate van pijn bij de pasgeborene kan inschatten. Een maximale score van 14 betekent hevige pijn. Waarschijnlijk ervaart de pasgeborene pijn vanaf score 5 (Neonatologie UZ Leuven, 2015).

2. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk is de methode van onderzoek, die is gebruikt om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, uitgelegd. Het design, de onderzoekspopulatie, dataverzameling en data-analyse zijn beschreven. Vervolgens zijn validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid beargumenteerd. Ten slotte zijn de ethische aspecten beschreven.

2.1 Onderzoeksdesign

Het is een kwalitatief onderzoek, beschrijvend van aard (Jansen en Jansen, 2016). Kwalitatief onderzoek geeft inzicht in hoe mensen een bepaalde situatie ervaren en welke betekenis dit voor hen heeft (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016). De medewerkers op de afdeling Neonatologie hebben betekenis gegeven aan de onderzochte situatie in het Martini Ziekenhuis. Door theorie te verzamelen en informatie in te winnen bij de verpleegkundigen, verpleegkundig specialist en kinderarts-assistent op de afdeling Neonatologie kan de link worden gelegd tussen theorie en praktijk.

2.1.1 Onderzoekspopulatie (in-en exclusiecriteria)

De populatie bestaat uit dertig verpleegkundigen, één verpleegkundig specialist en tien kinderartsen(-assistent) van de afdeling Neonatologie in het Martini Ziekenhuis. Verpleegkundigen, verpleegkundig specialist en kinderartsen(-assistent) die werkzaam zijn op de afdeling Neonatologie maken deel uit van de populatie. Gekozen is voor een selecte steekproef (Verhoeven, 2018). Dit houdt in dat de deelnemers aan het onderzoek niet op willekeurige wijze uit de populatie worden geselecteerd. Door middel van een nieuwsbrief en e-mail zijn de deelnemers benaderd om aan het interview deel te nemen. De vooraf ingeschatte aantal deelnemers waren vier verpleegkundigen en één kinderarts. De reden hiervan was om een representatieve afspiegeling van de populatie te krijgen. In de praktijk hebben twee verpleegkundigen zich via de e-mail opgegeven. Daarnaast zijn vijf verpleegkundigen, één verpleegkundig specialist en één kinderarts-assistent op de afdeling Neonatologie benaderd. Dat naast verpleegkundigen ook een verpleegkundig specialist en een kinderarts-assistent zijn geïnterviewd, heeft gezorgd voor afwegingen en meningen uit verschillende invalshoeken. In totaal zijn negen interviews afgenomen, verdeeld over drie dagen. Meer interviews zijn niet nodig geweest vanwege het bereiken van dataverzadiging. Voorafgaand aan de interviews zijn de deelnemers gecontroleerd of zij aan de in- en exclusiecriteria voldeden (tabel 1).

Een inclusiecriteria, werkzaam langer als één jaar, is vanwege het interviewen van verpleegkundigen met voldoende werkervaring. Na één jaar werkervaring op de afdeling Neonatologie wordt ervan uitgegaan dat kennis en ervaring aanwezig is betreft het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen. Alle deelnemers aan het interview hebben toestemming gegeven om een audio-opname te maken.

Tabel 1: In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Geen langdurige ziekteperiode doorgemaakt hebben het afgelopen jaar;	Langdurige ziekteperiode doorgemaakt hebben het afgelopen jaar;
Meer dan 50% werkzaam op de afdeling Neonatologie;	Minder dan 50% werkzaam op de afdeling Neonatologie;
Meer dan 1 jaar werkervaring hebben op de afdeling Neonatologie;	Leerling-verpleegkundigen en stagiaires;
Ervaring met het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen.	Zorgcoördinatoren van afdeling Neonatologie;
	Minder dan 1 jaar werkervaring hebben op de afdeling Neonatologie;
	Verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling Neonatologie en geen ervaring hebben met pijnscores afnemen bij pasgeborenen.

2.2 Dataverzameling

Voor het verzamelen van data is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn door middel van 'Thematische analyse' de resultaten met elkaar vergeleken.

2.2.1 Literatuuronderzoek voor theoretisch kader

Het doel van het literatuuronderzoek is het verkrijgen van kennis over het onderwerp 'pijnscore afnemen bij pasgeborenen'. Verhoeven (2018) geeft aan dat dataverzameling nodig is om meer inzicht te krijgen in het onderwerp, op deze manier wordt een theoretisch kader gevormd. Een theoretisch kader is geschetst, door middel van literatuuronderzoek, om een antwoord te kunnen geven op deelvraag 1. Zoektermen waarop is gezocht zijn 'pasgeborene', 'neonaten', 'pijnscore', 'pijnmeetinstrument', 'efficiëntie', 'effect', 'pijn' beoordeling', 'pijnmetering' en 'pijnschaal'. De zoektermen zijn in het Engels ingevoerd in de databanken Pubmed, Cinahl, Cochrane library en Medline. Artikelen zijn gefilterd op niet ouder dan tien jaar en de filter *ab abstract* is soms toegepast. De "sneeuwbalmethode" is niet toegepast, omdat het gebruik maken van zoekstrings genoeg bruikbare artikelen opleverde. De verschillende zoekstrings zijn gecombineerd door AND en OR tussen de verschillende onderwerpen te voegen. De artikelen zijn geselecteerd op bruikbare argumenten om pijnmeting bij pasgeborenen toe te passen of juist niet toe te passen (bijlage 2). De gevonden argumentatie zijn in tabel 2 (aantal voorbeelden) en bijlage 3 (compleet) samengebundeld. De argumentatie is gelabeld aan de hand van de vooraf opgestelde topics. De gekozen topics zijn: 'kennis over pijnmeting bij pasgeborenen', 'mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen' en 'verpleegkundig handelen bij pasgeborenen'. De topics zijn gebaseerd op de vraagstelling, deelvragen en de inleiding.

De onderzoekers hebben apart van elkaar gezocht in de databanken naar literatuur, vervolgens de artikelen van elkaar beoordeeld, om de validiteit en betrouwbaarheid te verhogen. De artikelen die bruikbaar zijn bevonden, zijn methodologisch beoordeeld met behulp van onder andere 'Meetlat kwalitatief onderzoek' (van Loghum, 2017). Daarnaast zijn de artikelen beoordeeld op relevantie voor dit onderzoek. De geselecteerde artikelen worden vermeld in de *flowchart* (bijlage 1).

In tabel 2 staan de argumenten uit gevonden literatuur die zijn gebruikt bij het opstellen van de interviewvragen. Voor de volledige uitwerking hiervan zie bijlage 3. In bijlage 4 staat een uitgebreide vragenlijst onderbouwd met de gevonden literatuur.

Tabel 2 'Gebruikte argumentatie voor de interviewvragen, een aantal voorbeelden.'

Vraag	Auteurs	Gebruikte argumentatie	Topic	Thema voor het interview
1.2	(Akuma & Jordan, 2011)	Het niet naleven van richtlijnen wordt in dit onderzoek blootgelegd. Klinische implementatie van richtlijnen is nodig om bewijs te leveren, om artsen te overtuigen van hun potentieel om neonataal lijden te verminderen.	Kennis	-Richtlijn
1.4	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	In kraamklinieken (verloskamer en postpartumafdeling) worden neonaten blootgesteld aan verschillende pijnlijke situaties. Sommige zijn inherent aan de geboorte en kunnen enkele dagen tot een pijntoestand leiden (stuitligging, instrumentele extractie, hematoom in het hoofd of gezicht, enz.)	Kennis	-Complicaties die pijn veroorzaken
2.2	(Cignacco et al., 2017)	Nauwkeurige pijnmeting is de eerste stap naar een effectief pijnmanagement.	Mening	-Bijdrage kwalitatieve zorg
2.3 en 2.4	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	Volgens Calamy & Walter-Nicolet, 2018 is tot op heden geen onderzoek gepubliceerd naar pijnbeoordeling en behandeling in de kraamomgeving. Er zijn slechts enkele epidemiologische studies van pijnrisicofactoren voor pasgeborenen in kraamafdelingen. Pijn wordt meestal beoordeeld in gevallen van mogelijke pijnlijke situaties (stuitligging, instrumentele extractie, hematoom van hoofd of gezicht, enz.).	Mening	-Pijnmeten bij pasgeborenen
3.5	(Eriksson & Campbell-Yeo, 2019)	Elke uitgevoerde pijnbeoordeling moet leiden tot een discussie en beslissing over de volgende stappen om pijn te verminderen, anders is de beoordeling slechts een cijfer op een kaart, in plaats van als leidraad voor de zorg.	Handelen	-Vervolg op afnemen pijnscore
3.6	(Pölkki et al., 2018)	De meeste verpleegkundigen zijn het erover eens ('helemaal mee eens/ tot op zekere hoogte eens') dat pijnbeoordeling bij pasgeborenen de implementatie van pijnmanagement beïnvloedt (95,2%), dat systematische documentatie van pijnbeoordeling noodzakelijk is in de verpleging (93,2%) en dat pijnmeetinstrumenten belangrijk zijn. En bijna een vierde van hen (24,8%) is onzeker ('weet niet') dat verpleegkundigen de pijn consequent kunnen beoordelen van neonaten zonder pijnmeetinstrumenten.	Handelen	-Vertrouwen in pijnscore om vanuit pijnscore te handelen

2.2.2 Praktijkonderzoek: interviews

De interviews zijn afgenomen met als doel de argumenten verkregen uit de literatuur te vergelijken met de antwoorden uit de praktijk. Aan de hand van de opgestelde topics en thema's uit de literatuur zijn de afwegingen en meningen van de deelnemers uitgevraagd (deelvraag 2). Thema's die onder andere werden behandeld in het interview zijn 'Goed pijnbeleid', 'Noodzaak invoering pijnmeting' en 'Vertrouwen in pijnscore afnemen'. In bijlage 4 en 5 zijn de interviewvragen te lezen.

Gebruik is gemaakt van audio-opname en *Speechtexter* ("SpeechTexter", z.d.). *Speechtexter* is na twee proefinterviews gestaakt, vanwege het niet juist formuleren van zinnen. Met behulp van de audio-opnames zijn, onafhankelijk van elkaar, de interviews handmatig getranscribeerd. De opening en afsluiting van elk interview zijn niet mee getranscribeerd, omdat dit niet bijdraagt aan de resultaten. Het transcriberen is met name woordelijk gedaan en af en toe letterlijk wanneer aarzeling of nadenken iets toevoegde aan het antwoord (Smits, 2019).

Van tevoren is achtergrondinformatie gevraagd over leeftijd en opleiding. Deze informatie is gebruikt om de context van de deelnemers weer te geven. Geen onderlinge verbanden zijn gelegd tussen de achtergrondinformatie en de verschillende topics van het interview.

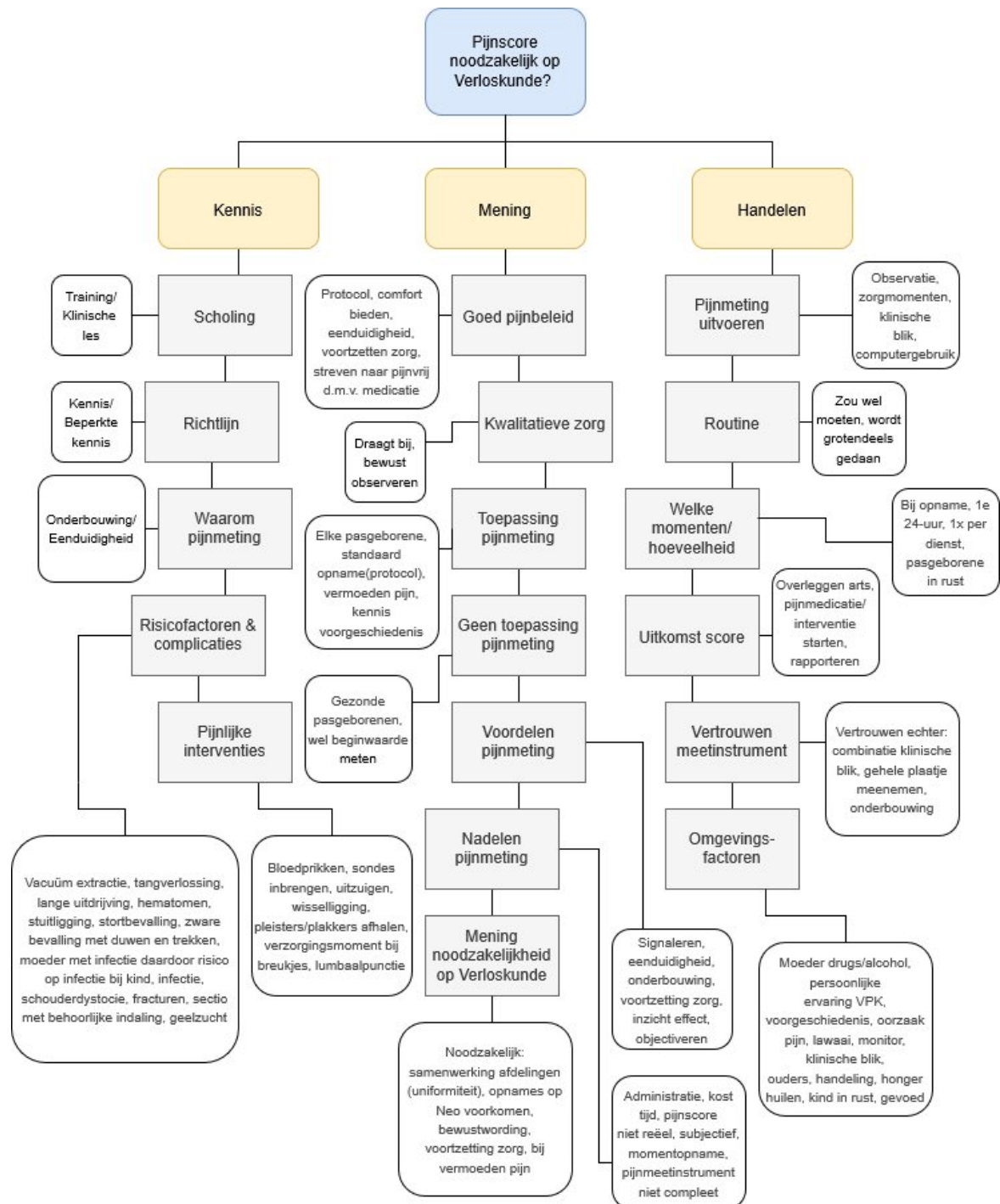
Alle interviews zijn *face-to-face* afgenomen in een rustige, afgesloten ruimte door één en dezelfde onderzoeker. De interviewvragen zijn vooraf opgesteld en helder geformuleerd. De interviewer heeft deze vragen als leidraad gebruikt om de interviews gestructureerd te laten verlopen. De eerste twee interviews hebben gediend als proef waarbij is gebleken dat aanpassingen niet nodig waren. Deze testinterviews zijn meegenomen in de resultaten. Open vragen zijn gesteld om verdieping te geven aan de interviews en om door te kunnen vragen. Verder is gebruik gemaakt van luisteren en samenvatten. Hierdoor kon afstand bewaard worden tot de geïnterviewde en het onderwerp (ten Have, 2016). Gesloten vragen zijn gebruikt om kennis die gevormd is vanuit de literatuur te beamen of te ontkrachten.

De onderzoekers zijn alert geweest op het stellen van enkelvoudige vragen, het komen tot een concreet antwoord en zo nodig uit te leggen wat met een vraag werd bedoeld. De interviews hebben maximaal 20 minuten geduurd. Soms was het antwoord op een volgende vraag al deels beantwoord, toch is de vraag gesteld en daardoor is meer bruikbare informatie naar boven gekomen. De uitgeschreven interviews zijn te vinden in bijlage 6.

2.3 Data-analyse

Alle gevonden informatie zijn aan een data-analyse onderworpen. Interviews zijn handmatig getranscribeerd en vervolgens handmatig gecodeerd. Gebruik is gemaakt van het zes-stappenplan 'Thematische analyse': verkennen, coderen, thematiseren, reviseren en verfijnen, vaststellen en structureren, presenteren (Verhoeven, 2018). De interviews zijn eerst aan de hand van elke interviewvraag gecodeerd en gethematiseerd. De codes zijn vervolgens nogmaals bekeken en zo heeft reductie van het aantal codes plaatsgevonden. Het codeerproces is een cyclisch proces geweest, waarin de resultaten zijn uitgewerkt in een codeboom. De codeboom brengt topics en thema's samen en brengt overzicht in de gegeven antwoorden (figuur 1). Aan de hand van de codeboom zijn de resultaten uitgeschreven, dit is te lezen in hoofdstuk 3. Bij het coderen is rekening gehouden met verschillende antwoorden van de deelnemers. Het coderen geeft een zo goed mogelijk inkijk in overlappende en tegenstrijdige informatie. De interviewvragen zijn beoordeeld op relevantie voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag en de deelvragen zijn beantwoord door de concrete resultaten verkregen uit dataverzameling. Door middel van de geanalyseerde data zijn conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan aan de afdeling Verloskunde in het Martini Ziekenhuis.

Figuur 1: Codeboom



2.4 Validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid

Validiteit:

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag is gezocht in wetenschappelijke literatuur. De artikelen die zijn gevonden, zijn geselecteerd op relevantie voor het beantwoorden van de vraagstelling. Wat bijdraagt aan de validiteit. Om de validiteit verder te verhogen is gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria (Scriptum, 2016). Op basis hiervan zijn medewerkers geselecteerd die voldoende kennis van en ervaring hebben met het pijnmeten bij pasgeborenen. Door gebruik te maken van deze filtering, is het verkrijgen van betrouwbare en bruikbare kennis vergroot. Dit komt ten goede aan de resultaten van het onderzoek.

De interviews zijn afgenomen in een vertrouwde, afgesloten en rustige omgeving waar de geïnterviewden vrijuit konden spreken, dit draagt bij aan de validiteit. Hiermee wordt de kans vergroot dat de vragen eerlijk zijn beantwoord (Dingemanse, 2019). Rekening is gehouden met de kans op sociaalwenselijke antwoorden van de geïnterviewden. Dit is zoveel mogelijk ondervangen door tijdens het interview aan te geven, aan alle deelnemers, dat de antwoorden niet goed of fout kunnen zijn. Daarnaast is tijdens het interview duidelijk aangegeven dat het gaat om hun ervaring of mening en dat anonimiteit voorop staat.

De validiteit is verhoogd door de vragen op een juiste manier te stellen (Tubbing, 2014). Van tevoren zijn de vragen voorgelegd aan de praktijkbegeleider E. Streefland om correctheid van vragen stellen te bevestigen of te corrigeren. Door het interview van tevoren te oefenen, bij twee relevante proefpersonen, is kritisch gekeken naar de vragen of deze juist zijn geformuleerd. Relevante proefpersonen zijn de verpleegkundigen van de afdeling Neonatologie die hebben voldaan aan de in- en exclusiecriteria.

De interviewvragen zijn gebaseerd op vastgestelde topics. Hierdoor is minder snel afgeweken van de gestelde onderwerpen. Alle interviews op de afdeling Neonatologie zijn afgenomen door één en dezelfde onderzoeker.

Gedurende de gehele onderzoeksperiode is feedback op verschillende onderdelen van het onderzoek gevraagd aan de praktijkbegeleider, docentbegeleider, docenten en collega-studentonderzoekers. Dit draagt ook bij aan de validiteit van het onderzoek (Verhoeven, 2018).

Betrouwbaarheid:

De 'Meetlat kwalitatief onderzoek' (van Loghum, 2017) zorgt voor het selecteren van bruikbare wetenschappelijke artikelen op basis van de beoordeling van de methodologie (Swaen, 2017). De meeste artikelen die gebruikt zijn voor het opstellen van de interviewvragen zijn als betrouwbaar beoordeeld. Sommige artikelen zijn gebruikt ondanks een lagere *level of evidence*, bijvoorbeeld omdat een te kleine groep respondenten heeft meegedaan. Deze artikelen zijn wel gebruikt omdat deze relevant zijn voor dit onderzoek en geen betere bronnen zijn gevonden.

Het inzichtelijk maken van de stappen die zijn gezet, het transcriberen en hoe de onderzoeksresultaten verkregen zijn, zorgt voor transparantie en komt ten goede aan de betrouwbaarheid (Verhoeven, 2018). Het vooraf opgestelde onderzoeksvoorstel, de vooraf vastgestelde interviewvragen (bijlage 5) en het logboek (bijlage 7) dragen hieraan bij. Ook het transparant zijn over welke in- en exclusiecriteria zijn gebruikt om tot selectie van deelnemers te komen, verhoogt de betrouwbaarheid.

Interviewvragen zijn opgesteld op basis van literatuur en zijn eenduidig geformuleerd. De volgorde van de interviewvragen is van algemeen naar specifiek opgesteld. Dit om de deelnemer niet dicht te laten klappen (RUG, Faculteit der Letteren, project Communicatieve Vaardigheden, 2019). De wijze van interviewen duidelijk beschrijven en het zo objectief mogelijk interviewen (Verhoeven, 2018) verhoogt de betrouwbaarheid. Dit is te lezen in paragraaf 2.2.2. van dit onderzoeksrapport.

Om het juiste pad te volgen en daadwerkelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, is contact gehouden met de opdrachtgever en praktijkbegeleider (*membercheck*) (Verhoeven,

2018). Daarnaast is gebruik gemaakt van verschillende invalshoeken zoals literatuuronderzoek en interviews. Dit alles draagt bij tot verhoging van de betrouwbaarheid.

Beide onderzoekers hebben, apart van elkaar, de gegevens verkregen uit literatuuronderzoek en interviews geanalyseerd. Dit om de betrouwbaarheid, validiteit en objectiviteit te verhogen (Swaen, 2019). Gebruik is gemaakt van audio-opnames. Het transcriberen is onafhankelijk uitgevoerd door beide onderzoekers en is bijgevoegd als bijlage 6 van dit onderzoeksrapport. Mede door het stappenplan te volgen van 'Thematische analyse' is de betrouwbaarheid verhoogd (Verhoeven, 2018).

Generaliseerbaarheid:

Bij kwalitatief onderzoek speelt voornamelijk inhoudelijke generaliseerbaarheid een rol (Verhoeven, 2018). Dit verkrijgt men door de werkelijkheid zo veel mogelijk intact te laten. De resultaten generaliseren naar een grotere populatie is niet de bedoeling van de opdrachtgever. De afdeling Verloskunde wil antwoord krijgen op de vraagstelling, om verantwoorde keuzes te kunnen maken. De reikwijdte van dit onderzoek bestaat alleen uit de geldigheid voor vergelijkbare situaties. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden in ziekenhuizen met dezelfde visie als de afdeling Verloskunde van het Martini ziekenhuis. Waarbij moeder en kind zo min mogelijk van elkaar worden gescheiden, de afdeling Verloskunde een op zichzelf staande afdeling is en geen pijnmeting wordt gedaan bij zieke pasgeborenen.

2.5 Ethische kwesties

Van tevoren is geen toestemming gevraagd aan de medisch-ethische toetsingscommissie (METC). Het onderzoek valt niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) (Jansen & Jansen, 2016). Dit komt omdat het onderzoek gericht is op wanneer wel of niet een pijnscore bij pasgeborenen moet worden afgenomen en waarom dit wordt afgenomen. Hiervoor zijn werknemers van het Martini Ziekenhuis geïnterviewd en zijn geen patiënten benaderd.

Rekening is gehouden met de vijf principes van integer praktijkonderzoek zoals beschreven in de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit in acht genomen (KNAW et al., 2018). Eerlijk en zorgvuldig is omgegaan met de verzamelde data die antwoord geven op de vraagstelling. Het onderzoek is onafhankelijk van de opdrachtgever, het Martini Ziekenhuis, gedaan. Hierbij is een objectieve houding aangenomen door de onderzoekers.

Dit onderzoek is maatschappelijk en verpleegkundig relevant. De reden hiervan is dat dit onderzoek kan bijdragen aan kennis bij verpleegkundigen en kinderartsen van de afdeling Verloskunde over pijnmeting bij pasgeborenen. Dit komt ten goede aan de patiënten en de beroepsuitoefening van de verpleegkundigen (V&V 2020, 2012).

De medewerkers die geïnterviewd zijn, hebben dit op vrijwillige basis gedaan. Voorafgaand aan de interviews zijn de deelnemers ingelicht over het doel van het interview en is toestemming gevraagd om de gegevens anoniem te mogen verwerken. Hierdoor is aan de vereiste van *informed consent* voldaan. De privacy van deze medewerkers is volgens de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) gewaarborgd. Dit is gedaan door de persoonsgegevens niet aan derden te verstrekken en de geluidsbestanden na afloop te vernietigen.

3. Resultaten

Resultaten, voortgekomen uit de interviews, zijn geselecteerd op relevantie voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Per topic worden eerst de relevante argumenten uit de literatuur genoemd, daarna worden de resultaten uit de interviews gepresenteerd.

De topic 'Kennis over pijnmeting bij pasgeborenen' en daaraan gekoppelde resultaten worden in paragraaf 3.1 beschreven. Vervolgens worden de resultaten onder topic 'Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen' in paragraaf 3.2 en 'Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen' in paragraaf 3.3 beschreven. Gebruikte argumentatie is te vinden in bijlage 3.

Uit de achtergrondinformatie van de deelnemers is het volgende naar voren gekomen: de verpleegkundigen, allen vrouw, zijn allemaal langer werkzaam dan één jaar op de afdeling Neonatologie, dit varieerde van 2 jaar tot 40 jaar. Ze hebben verschillende opleidingen afgerond: MBO-V, HBO-V, kinderaantekening, Neonatologie opleiding, Neonatologie intensive care specialisatie of een inservice-opleiding. Alle verpleegkundigen geven aan bekend te zijn met het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen. De verpleegkundig specialist en de kinderarts-assistent nemen zelf geen pijnscore af bij pasgeborenen, maar zijn wel op de hoogte van pijnmeetinstrumenten.

3.1 Kennis over pijnmeting bij pasgeborenen

Waarom pijnmeting?

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2007) geeft aan in de richtlijn dat het buiten kijf staat dat pas sprake kan zijn van goed pijnbeleid als we iemands pijn regelmatig meten. Hiermee krijgt men een indruk of de behandeling effectief is.

De zeven verpleegkundigen geven allemaal verschillende antwoorden, deze antwoorden hadden echter wel overlap. Een verpleegkundige geeft aan dat zij een pijnscore afneemt bij de pasgeborene ter onderbouwing van haar klinische blik of gevoel. Een andere verpleegkundige geeft aan dat zij de pijnscore afneemt om een uitgangswaarde te hebben en inzicht te krijgen in pijn. Ook is aangegeven dat een pijnscore wordt gebruikt om de behandeling van de pasgeborene te kunnen onderbouwen. Benoemd is dat men door een pijnscore af te nemen, pijn vroegtijdig kan signaleren en dat een pijnscore voor eenduidigheid zorgt.

'Nou een baby kan natuurlijk niet zelf aangeven of die pijn heeft ja of nee. (...) Dus het is echt ter onderbouwing van je klinische blik en gevoel.'

'Ja, omdat je hard wilt maken waar je zit qua pijn en wil zien van heeft het kind een behandeling nodig daarvoor ja of nee. En dat je ook kan onderbouwen of die behandeling nog nodig is of niet of dat je die pijnstilling eventueel weer kan stoppen.'

Zowel de verpleegkundig specialist en kinderarts-assistent geven aan dat pasgeborenen geen pijnrespons kunnen geven. Een pijnscore afnemen is een hulpmiddel voor het kunnen onderbouwen van wel of geen pijn bij een pasgeborene.

Risicofactoren en complicaties

Uit de literatuur komt weinig naar voren welke risicofactoren of complicaties pijn veroorzaken bij de pasgeborene. Calamy & Walter-Nicolet (2018) vertellen dat tot op heden geen onderzoeken zijn gepubliceerd naar pijnbeoordeling en behandeling in de kraamomgeving. Slechts enkele epidemiologische studies van pijnrisicofactoren voor pasgeborenen zijn gedaan op kraamafdelingen. Pijn is meestal beoordeeld in gevallen van mogelijke pijnlijke situaties: stuitligging, instrumentele extractie, hematoom van hoofd of gezicht.

Alle negen deelnemers geven vanuit hun kennis risicofactoren en complicaties aan. De volgende risicofactoren en complicaties veroorzaken volgens de deelnemers pijn: vacuüm extractie, tangverlossing, kiwi's (vacuümextractie cup), lange uitdrijving, hematomen, stuitligging, stortbevalling, zware bevalling, met duwen en trekken, infectie, schouderdystocie,

sectio met behoorlijke indaling, geelzucht, fracturen en moeder met infectie daardoor risico op infectie bij kind.

'Ik denk stortbevalling, vacuüm, de forceps (tangbevalling) deze doen ze eigenlijk niet meer, een langdurige uitdrijving, een kind wat aangezicht-ligging, laat ik zeggen alle liggingsafwijkingen, denk ik, grotendeels. En de langzame en kortdurende partus en met ingrepen, en daar kan ook een sectio bij zijn, want die hebben al lang ingedaald gezeten of die hebben al heel veel stress ervaren voordat ze geboren worden met een keizersnee, dus ik denk dat dat een hele grote groep is.'

Pijnlijke interventies

Pijn veroorzaakt door interventies is duidelijk en kan worden voorkomen en beoordeeld met specifieke pijnschalen (Calamy & Walter-Nicolet (2018)).

Op de vraag welke interventies pijn veroorzaken bij de pasgeborene (vanaf 36 weken) is door alle deelnemers aangegeven dat dit een heleboel zijn. Bij navraag of zij enkele interventies kunnen noemen, is door alle deelnemers 'prikken' genoemd. Hiermee wordt o.a. bedoeld: bloedprikken voor bloedonderzoek, infuusprikken, hielprik, lumbaalpunctie en glucose prikken. Door twee verpleegkundigen is het uitzuigen van de longen genoemd. Door de verpleegkundig specialist en twee verpleegkundigen is genoemd dat zorgmomenten ook pijn kunnen veroorzaken bij de pasgeborene. Zeker als deze pasgeborene een fractuur heeft opgelopen door de bevalling of hoofdpijn heeft door een bevalling met behulp van een vacuümextractie. Daarnaast zijn de volgende interventies één keer genoemd per deelnemer: sonde inbrengen, afhalen van pleisters/plakkers, CFM en/of CPAP bevestigen, oogmetingen, ROP-screening, wisselligging, afdrogen en stimulatie onder voet/handje om het kind te laten huilen.

'Dat is ook alles, pijn bij prikken, infusen, ook hulpmiddelen, alles wat van extern komt, geluid, herrie, ja dat kan heel veel zijn.'

3.2 Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen

Goed pijnbeleid

Akuma en Jordan (2011) vermelden in hun onderzoek dat wanneer pijn wordt gemeten, actie wordt ondernomen. Als neonatale pijn niet wordt gemeten en pijnbeleid en -protocollen niet worden gecontroleerd, kan pijn bij een neonaat over het hoofd worden gezien. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2007) geeft aan in de richtlijn dat het buiten kijf staat dat pas sprake kan zijn van goed pijnbeleid als we iemands pijn regelmatig meten. Hiermee krijgt men een indruk of de behandeling effectief is.

Twee verpleegkundigen geven aan dat het volgen van het protocol behoort tot een goed pijnbeleid en daarmee eenduidigheid wordt verkregen. Het bieden van comfort is geopperd door twee verpleegkundigen. Een adequate behandeling is vermeld onder drie verpleegkundigen. Vijf verpleegkundigen geven aan dat een goed pijnbeleid het streven is naar een pasgeborene zonder pijn door middel van pijnmedicatie. Het voortzetten van de zorg valt ook onder een goed pijnbeleid volgens drie verpleegkundigen.

De kinderarts-assistent geeft aan dat een goed pijnbeleid inhoudt dat pijn tot een minimum beperkt moet worden.

'Dat je pijn tot een minimum probeert te beperken en als je daar tekenen van ziet, dat je dat zo goed mogelijk behandelt.'

De verpleegkundig specialist en kinderarts-assistent geven beide aan dat het bewust observeren van een pasgeborene behoort tot een goed pijnbeleid.

Kwalitatieve zorg

Nauwkeurige pijnmeting is de eerste stap naar een effectief pijnmanagement (Cignacco et al., 2017).

De vraag of een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg, is met een volmondige 'ja' door acht van de negen deelnemers beantwoord. Vijf deelnemers geven aan dat door het afnemen van de pijnscore actief of bewust naar pasgeborenen wordt gekeken en dat dit bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg. Hierbij is door verschillende deelnemers het volgende toegelicht:

'Door pijn op tijd te herkennen kan je heel veel meer complicaties voorkomen.'

'Je hebt vaak wel een onderbuikgevoel en een klinische blik waarbij je denkt hmm het kind is niet helemaal comfortabel, maar die score kan er dan toch wel aan bijdragen dat het toch je klinische blik onderbouwt en zekerheid geeft dat een kind ook echt pijnlijk is.'

Echter is door twee deelnemers aangegeven dat niet de pijnscore op zichzelf bijdraagt aan kwalitatieve zorg. Maar dat een pijnscore afnemen zorgt voor optimalisatie in de zorg en door de gegeven meetpunten op de scorelijst men pijn beter kan signaleren.

'Ik vind niet dat als je een pijnscore doet dat je dan meteen kwalitatieve goede zorg levert. Het is meer het gevolg van die pijnscore wat maakt dat je de zorg kunt optimaliseren. (...) Als je het echt gewoon heel goed invoert en ook structureel met zijn allen doet, dat het dan echt wel de kwaliteit kan verbeteren.'

'Ik denk door niet persé door de score zelf, maar door wel het bewust kijken naar het kindje op basis van meetpunten die in de scorelijst staat. Dat men zich wel bewuster wordt van dat een kind pijn zou kunnen hebben of heeft.'

Toepassing pijnmeting

Kinderen hebben, ongeacht hun leeftijd, net zo veel recht op adequate pijnherkenning, -meting en -bestrijding als volwassenen. Bij kinderen jonger dan 4 jaar dient de ernst van pijn gemeten te worden door een gestandaardiseerde observatie van het gedrag van het kind (van Lingen & Brand, 2009).

Alle verpleegkundigen vermelden dat een pijnscore moet worden afgenomen bij pasgeborenen. Drie verpleegkundigen geven aan dat bij een opname op de afdeling Neonatologie een pijnscore moet worden afgenomen.

'Ja, dat is standaard hier (afdeling Neo) bij iedereen. Alles wat hier binnenkomt. En ik vind ook wel dat dat moet. Dan heb je een uitgangswaarde en dan kan je ook verder.'

Twee verpleegkundigen vermelden dat een pijnscore moet worden afgenomen bij alle pasgeborenen met een geboortetrauma of vermoeden van pijn. De verpleegkundig specialist en de kinderarts-assistent delen deze mening. Beide benoemen risicofactoren en complicaties waarbij een pijnscore moet worden afgenomen.

'(...) bij een vacuümextractie, bij een septisch kind, bij een kind dat een nare start heeft gehad, dus waarbij respiratoire ondersteuning nodig is geweest. (...) Schouderdis natuurlijk.'

Eén verpleegkundige geeft aan idealiter een pijnscore af te nemen bij elk kind en één geeft aan bij elke zieke pasgeborene.

De verpleegkundig specialist en kinderarts-assistent geven beiden aan dat het afnemen van een pijnscore niet altijd nodig is. Wanneer een pasgeborene comfortabel is of bij een ongecompliceerde bevalling is een pijnscore afnemen niet nodig.

'Als het verder een ongecompliceerde bevalling was dan zou ik het niet standaard doen, tenzij je dus reden hebt om waarvoor het kind pijn zou kunnen hebben.'

Vijf verpleegkundigen geven aan dat een pijnscore altijd nodig is, om een beginwaarde te hebben. Daarbij wordt opgemerkt dat een pijnscore niet hoeft worden afgenomen als het om gezonde pasgeborenen gaat, ook wel 'blakende kinderen', als de pasgeborene klinisch comfortabel is en als het om een normale bevalling gaat.

Voordelen pijnmeting

Om zowel over- als onder behandeling van pijn te voorkomen, is aanbevolen dat alle behandelingen gebaseerd moeten zijn op systematische beoordeling (Andersen et al., 2018).

Alle deelnemers noemen voordelen over het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen. De voordelen die door alle deelnemers genoemd zijn, hebben met name betrekking op het objectief en eenduidig maken van pijnsignalen van de pasgeborenen. De verpleegkundig specialist voegt hieraan toe dat het afnemen van een pijnscore verborgen pijn lijden kan voorkomen. Vier verpleegkundigen beamen dit door het (vroegtijdig) signaleren als voordeel te benoemen. Drie verpleegkundigen geven aan dat de pijnscore helpt bij het meten van de effectiviteit van gegeven medicatie aan pasgeborenen.

'Dat het kan objectiveren en dat je het ook kan vervolgen en daar je beleid op kunt aanpassen. Ik denk dat het ook heel goed is dat iedereen het op dezelfde manier interpreteert. Dat iedereen het op een eenduidige en dezelfde manier doet.'

Nadelen pijnmeting

Anand et al. (2017) geeft als nadeel aan dat pijn voor de behandeling moet worden beoordeeld, maar dat neonatale pijnbeoordelingen tijd- en arbeidsintensief en moeilijk te implementeren is. Kappesser et al. (2019) onthullen dat de signalen waarop waarnemers hun oordeel baseren, niet noodzakelijkerwijs de items zijn die worden gebruikt in de observatie-instrumenten voor pijnbeoordeling.

Zowel de verpleegkundig specialist als de kinderarts-assistent geven aan dat het afnemen van een pijnscore een momentopname is. Dit zien zij als nadeel. Daarnaast is de kans op een onjuiste interpretatie genoemd door de verpleegkundig specialist. Subjectiviteit en tijdsdruk is door de kinderarts-assistent als nadeel aangegeven.

'Dat het dus wel subjectief blijft. (...) de één kan vinden dat het kind grimast, maar de ander kan vinden dat het geen grimas is maar dat het lachen is ofzo. Ja ik weet niet het zijn niet hele harde dingen waarop zo'n score gebaseerd is vaak. (...) het zijn natuurlijk moment opnames. Je doet er misschien maar drie op een dag..uhm..en ze worden misschien niet altijd gedaan of bij drukte snel vergeten. Wij vragen er misschien niet altijd naar in visites.'

Drie verpleegkundigen geven aan dat het afnemen van een pijnscore subjectief blijft. Eén verpleegkundige geeft aan geen nadelen te zien. Twee verpleegkundigen vinden de administratie en tijdsdruk een nadeel. Dat de pijnscore niet altijd reëel is, vinden twee verpleegkundigen een nadeel. Eén verpleegkundige geeft aan dat het een momentopname blijft. Ten slotte geeft één verpleegkundige aan dat het pijnmeetinstrument 'Leuvense Neonatale Pijnschaal' niet compleet is, zij geeft voorkeur aan een ander pijnmeetinstrument waar meer scholing voor nodig is.

'Nou een kind kan bijvoorbeeld ook koorts hebben en daarbij helemaal niet oncomfortabel zijn. Maar daarbij heb je al wel snel een hoge ademhaling en een hoge hartactie waardoor je toch wel hoger scoort op een pijnscore lijst. Dus dan is het niet altijd reëel denk ik. Ik vind dat het echt een klinische combinatie moet zijn, dus dat je het kind ziet en daarbij denkt het kind is oncomfortabel en dat je dan de lijst erbij hebt en kunt scoren (...).'

Noodzakelijkheid op afdeling Verloskunde

Kappesser et al. (2019) vermeldt dat de noodzaak om de pijn van baby's te beoordelen algemeen wordt erkend en beschouwd als een voorwaarde voor adequaat pijnmanagement. Op kraamafdelingen zijn de meeste pasgeborenen gezond, maar zorgverleners moeten zich bewust zijn van pijnlijke situaties voor sommige pasgeborenen en alert zijn op ongewoon gedrag (Calamy & Walter-Nicolet, 2018). Akuma en Jordan (2011) geven in hun onderzoek aan dat op de kraamafdelingen meer pasgeborenen liggen dan op NICU's en hun pijn ook moet worden overwogen. Wat wordt gemeten, wordt gedaan: als neonatale pijn niet wordt gemeten en pijnbeleid en -protocollen niet worden gecontroleerd, kan neonatale pijn over het hoofd worden gezien.

De verpleegkundig specialist en de kinderarts-assistent geven beide aan dat de noodzaak om pijnscores af te nemen op de afdeling Verloskunde naar hun mening beperkt moet blijven tot de pasgeborenen waarbij een vermoeden van pijn aanwezig is. Zes van de zeven verpleegkundigen geven aan dat een pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk is, ongeacht de gezondheidstoestand van de pasgeborene. Eén verpleegkundige geeft aan dat het noodzakelijk is, echter alleen bij de pasgeborene waarbij een vermoeden van pijn is, in verband met risicofactoren of complicaties.

Door de verpleegkundigen zijn onder andere de volgende redenen aangegeven:

‘Omdat als de kinderen hierheen komen, wij kunnen vervolgen. (...) En als we toch een beetje die samenwerking goed willen krijgen, moeten we ook dezelfde dingen gaan doen.’

‘Omdat ik denk dat daar kinderen soms ook als ze geboren zijn, pijn kunnen hebben.’

‘Ja, ik denk dat het ook heel veel opnames hier (op de afdeling Neonatologie) zou kunnen voorkomen. Daar ben ik eigenlijk wel van overtuigd. Ja, dus ik vind het noodzakelijk.’

3.3 Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen

Uitvoering pijnmeting & opstellen behandelplan

Kappesser et al. (2019) geven aan dat verpleegkundigen vaak pijn beoordelen op basis van hun klinische oordeel in plaats van gestandaardiseerde pijnschalen. Dat geen algemene aanpak voor pijnbeoordeling bij verpleegkundigen kan worden geïdentificeerd, is een punt van zorg. Dit omdat door intuïtieve beoordelingen regelmatig de hoeveelheid ervaren pijn verkeerd wordt ingeschat.

De verpleegkundig-specialisten en kinderarts-assistenten in het Martini Ziekenhuis nemen zelf geen pijnscore af bij de pasgeborenen. Zij stellen wel een behandelplan op. Daarom is de volgende vraag aan hen gesteld: ‘In hoeverre draagt een pijnscore bij aan het opstellen van een behandelplan voor een pasgeborene vanaf 36 weken?’ De kinderarts-assistent en de verpleegkundig specialist vinden dat de pijnscore bijdraagt in het opzetten van een behandelplan voor de pasgeborene.

‘Ik denk dat het zeker wel bijdraagt. En dat wij daar met de visite (...) als die score..uhm..heel hoog zal zijn daar zeker wat meedoen.’

Op de vraag ‘Hoe pakt u pijnmeten bij pasgeborenen aan/hoe voert u deze handeling uit?’ antwoordden twee verpleegkundigen dat ze gebruik maken van hun klinische blik. Drie verpleegkundigen geven aan twee minuten lang de pasgeborene te observeren, echter één verpleegkundige geeft aan 5 minuten te observeren. Twee geven aan dat ze de computer gebruiken voor het afnemen van een pijnscore. Twee van de zeven verpleegkundigen neemt de pijnscore af tijdens verzorgingsmomenten. Bij een hoge pijnscore wordt met de arts-assistent overlegd, dit wordt door twee verpleegkundigen aangegeven. Ten slotte geeft één verpleegkundige aan tijdens rapporteren in het dossier de pijnscore in te vullen.

Uitkomst pijnscore

Elke uitgevoerde pijnbeoordeling moet leiden tot een discussie en beslissing over de volgende stappen om pijn te verminderen, anders is de beoordeling slechts een cijfer op een kaart, in plaats van als leidraad voor de zorg (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019).

Alle verpleegkundigen hebben de vraag, ‘Wat wordt met de uitkomst van de pijnscore gedaan?’, beantwoord met dat zij gaan overleggen met de arts of arts-assistent. Naar aanleiding van de pijnscore wordt door verpleegkundigen de volgende stap genoemd: pijnmedicatie geven aan de pasgeborene waarbij pijn is geconstateerd. Het wisselt in de antwoorden van de verpleegkundigen of zij voor het geven van pijnmedicatie de arts consulteren of dat zij eerst pijnmedicatie geven (twee verpleegkundigen) en daarna ter bevestiging de arts(-assistent) belden. Ook is door twee verpleegkundigen benoemd dat zij

de pijnscore rapporteren en vervolg geven aan hun actieplan die voortvloeit uit een hoge pijnscore.

'Dat hangt ervan af hoe de score is. Als die nul scoort hoeft je er niets mee te doen. En op het moment dat je denkt van het kind is lang niet lekker, je ziet natuurlijk wat en je scoort. Dus je gaat tellen en dan scoor je wat. Dan ga je bellen met de arts-assistent om te overleggen.'

De arts-assistent en de verpleegkundig specialist geven aan dat zij met de uitkomst van de pijnscore eerst de pasgeborene willen zien, oorzaak van de pijn proberen te achterhalen en vervolgens hierop een medicatiebeleid instellen of andere interventies zullen adviseren die het ligcomfort van de pasgeborene verbeteren.

Vertrouwen meetinstrument

Uit onderzoek van Pölkki et al. (2018) is gebleken dat de meeste verpleegkundigen het erover eens zijn ('helemaal mee eens/tot op zekere hoogte eens') dat pijnbeoordeling bij pasgeborenen de implementatie van pijnmanagement beïnvloedt (95,2%), dat systematische documentatie van pijnbeoordeling noodzakelijk is in de verpleging (93,2%) en dat pijnmeetinstrumenten belangrijk zijn. Bijna een vierde van hen (24,8%) is onzeker ('weet niet') of verpleegkundigen de pijn consequent kunnen beoordelen van neonaten zonder pijnmeetinstrumenten.

De verpleegkundig specialist en kinderarts-assistent geven beide aan dat zij niet volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar over te gaan op een interventie. Daarbij geeft de kinderarts-assistent aan dat meerdere factoren worden meegenomen zoals lichamelijk onderzoek en vitale parameters.

'Vast niet alleen op de pijnscores. Denk een combinatie van factoren. Lichamelijk onderzoek dus, andere vitale parameters. En gewoon ook soms een beetje onderbuikgevoel of het gevoel van de verpleegkundige of de mening van de verpleegkundige. Het speelt allemaal mee.'

Twee verpleegkundigen geven aan volledig te kunnen vertrouwen op een pijnscore. Vier van de zeven verpleegkundigen zeggen dat ze niet volledig vertrouwen op een pijnscore, maar het als een aanvulling zien en dat ze hun klinische blik, de voorgeschiedenis van de pasgeborene en andere omgevingsfactoren meenemen. *'(...) Ik vind je klinische blik het meest belangrijk..uhm..en ik vind de pijnscore een aanvulling, een toevoeging om het te onderbouwen en niet andersom.'*

Een verpleegkundige geeft aan 90% te vertrouwen op een pijnscore en dat dit te maken heeft met ervaring en het moment.

Omgevingsfactoren

Hatfield & Ely (2014) geven aan dat omgevingsfactoren een belangrijke variabele zijn om te overwegen bij het beoordelen van de reactie van een pasgeborene op pijn.

Vanwege het feit dat omgevingsfactoren kunnen leiden tot onderschatting of verkeerde inschatting van de ernst van de pijn, is verder onderzoek nodig om de factoren die pijnreacties bij neonaten beïnvloeden beter te begrijpen. Relevante factoren moeten ook in overweging worden genomen bij toekomstige pijnbeoordeling (Cignacco et al., 2017).

Alle deelnemers geven aan dat zij naar de omgevingsfactoren kijken als zij een pijnscore afnemen. Zij houden rekening met de volgende factoren waardoor een pasgeborene pijn zou kunnen hebben: lawaai van apparatuur of andere harde geluiden op de afdeling, interventies en zorgmomenten, als de pasgeborene in rust en gevoed is of dat het kind juist honger heeft en huult. Het kan zijn dat de moeder drugs of alcohol tijdens de zwangerschap heeft gebruikt, dit wordt ook meegenomen als oorzaak van pijn. Hierbij maken zij gebruik van hun persoonlijke ervaring, klinische blik, de waarden die zichtbaar zijn op de monitor, de voorgeschiedenis van de pasgeborene en vragen zij informatie uit bij de ouders. Hierover wordt door een deelnemer het volgende gezegd: *'... en de mening van de ouders. Die kennen hun kind natuurlijk het best. Dus ik vraag daar wel vaak naar.'*

4. Discussie

Dit hoofdstuk begint met een inhoudelijke discussie over de resultaten van dit onderzoek. De resultaten uit de interviews, gericht op de onderzoeksvraag, worden vergeleken met de gevonden literatuur. Vervolgens wordt gediscussieerd over de methodologie van dit onderzoek.

Inhoudelijke discussie

Uit de literatuur komt weinig naar voren welke risicofactoren en complicaties pijn veroorzaken bij de pasgeborene. Daarom is voor de beantwoording van de onderzoeksvraag uitgegaan van de kennis van de geïnterviewden. De volgende risicofactoren en complicaties komen aan bod: vacuüm extractie, tangverlossing, kiwi's (vacuümextractie cup), lange uitdrijving, hematomen, stuitligging, stortbevalling, zware bevalling, met duwen en trekken, infectie, schouderdystocie, sectio met behoorlijke indaling, geelzucht, fracturen en moeder met infectie daardoor risico op infectie bij kind. De vraag is of deze opsomming compleet is en of het de pasgeborene vanaf week 36 betreft. Het is mogelijk dat meerdere risicofactoren en complicaties bestaan waaraan de deelnemers, op het moment van het interview, niet aan hebben gedacht. Daarnaast is het mogelijk dat de deelnemers, werkzaam op de afdeling Neonatologie, meer gericht waren op de risicofactoren en complicaties die aanwezig zijn op hun eigen afdeling. Dit geldt ook voor de onderstaande interventies die pijn veroorzaken.

De interventies die pijn kunnen veroorzaken bij pasgeborenen zijn ook weinig tot niet benoemd in de literatuur. De deelnemers hebben tijdens de interviews hun kennis gedeeld. Het kan zijn dat de genoemde interventies niet van toepassing zijn op de pasgeborenen vanaf 36 weken die op de afdeling Verloskunde liggen. Aangezien de deelnemers werkzaam zijn op de afdeling Neonatologie kan hun blik en kennis vooral gericht zijn op de neonaten die zij behandelen op hun eigen afdeling. Door alle verpleegkundigen is prikken als pijnlijke interventie benoemd. Hiermee wordt o.a. bedoeld: bloedprikken voor bloedonderzoek, infuusprikken, hielprik, lumbaalpunctie en glucose prikken. Zorgmomenten kunnen pijnlijk zijn wanneer bijvoorbeeld een fractuur of hoofdpijn aanwezig is. Daarnaast komen de volgende interventies naar voren die pijn kunnen veroorzaken: het uitzuigen van de longen, een sonde inbrengen, het afhaken van pleisters/plakkers, een CFM en/of CPAP bevestigen, oogmetingen, ROP-screening, wisselligging, afdrogen en stimulatie onder voet/handje om het kind te laten huilen.

Van Lingen & Brand (2009) vermelden dat kinderen, ongeacht hun leeftijd, net zo veel recht hebben op adequate pijnherkenning, -meting en -bestrijding als volwassenen. In de interviews hebben alle verpleegkundigen aangegeven dat een pijnscore moet worden afgenomen bij pasgeborenen. Vanuit het protocol wordt een pijnscore afnemen bij opname op de afdeling Neonatologie geïnstrueerd. De verpleegkundigen hebben aangegeven met name de pijnscore af te nemen bij pasgeborenen met een vermoeden van pijn. Naar alle waarschijnlijkheid gebruiken de verpleegkundigen hun klinische blik, persoonlijk ervaringen, omgevingsfactoren en de voorgeschiedenis van een pasgeborene bij het vermoeden van pijn.

De verpleegkundig specialist en kinderarts-assistent hebben beiden aangegeven dat het afnemen van een pijnscore niet altijd nodig is. Wanneer een pasgeborene comfortabel is of bij een ongecompliceerde bevalling is een pijnscore afnemen niet nodig. Bij het doorvragen hebben verpleegkundigen ook aangegeven dat bij gezonde 'blakende kinderen' en bij ongecompliceerde bevallingen een pijnscore afnemen niet nodig is.

Uit onderzoek van Akuma en Jordan (2011) komt naar voren dat op kraamafdelingen meer pasgeborenen liggen dan op een afdeling neonatologie. Juist op de kraamafdeling moeten zorgverleners zich bewust en alert zijn van ongewoon gedrag en pijnlijke situaties bij pasgeborenen (Calamy & Walter-Nicolet, 2018). Vooral omdat het beoordelen van pijn bij pasgeborenen gezien wordt als een voorwaarde van adequaat pijnmanagement (Kappesser et al., 2019).

De meeste verpleegkundigen hebben aangegeven dat zij de noodzaak zien in het afnemen van een pijnscore op de afdeling Verloskunde. Ongeacht de gezondheidstoestand van een pasgeborene. De verpleegkundig specialist en de kinderarts-assistent hebben beide

aangeven dat de noodzaak om pijnscores af te nemen op de afdeling Verloskunde naar hun mening beperkt moet blijven tot de pasgeborenen waarbij een vermoeden van pijn aanwezig is. Ook is genoemd dat het afnemen van de pijnscore bijdraagt aan een goede samenwerking tussen de afdeling Verloskunde en Neonatologie in het Martini Ziekenhuis. Het is mogelijk dat het eventuele onnodige opnames op de afdeling Neonatologie voorkomt.

Welke mening mee mag worden gewogen om antwoord te geven op de onderzoeksvraag, kan lastig te bepalen zijn. Is de ene mening belangrijker dan de ander? Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat de deelnemers het grotendeels met elkaar eens zijn. Daarbij wordt door het bereiken van dataverzadiging ervan uitgegaan dat de resultaten representatief zijn voor de doelgroep (Smaling, 2016). Dit zorgt ervoor dat voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag niet hoeft te worden gespeculeerd over welke mening belangrijker is.

Methodologische discussie

Een uitgebreid literatuuronderzoek is gedaan om een theoretisch kader te schetsen. Veel wetenschappelijke artikelen zijn gevonden die uitspraken doen over het pijnbeleid op een afdeling Neonatologie of intensive care. De pasgeborenen op deze twee afdelingen zijn niet de doelgroep waar dit onderzoek op gericht is. Dit kan ervoor zorgen dat de gevonden informatie niet volledig aansluit op de doelgroep van dit onderzoek, namelijk 'pasgeborenen vanaf week 36'. Slechts één artikel gaat over de zorg op een kraamafdeling oftewel een afdeling Verloskunde. Deze studie is kleinschalig en levert daardoor geen sterk wetenschappelijk bewijs op (van Loghum, 2017). Bij gebrek aan hoog kwaliteitsonderzoek op een kraamafdeling is ervoor gekozen deze informatie wel te gebruiken voor het opstellen van de interviewvragen. Van één artikel ontbreekt een zoekstring in de *flowchart*, deze is per abuis niet genoteerd. Dit zorgt voor het niet kunnen navolgen van elke stap (betrouwbaarheid) die is gemaakt om tot dit artikel te komen (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016). Voor het vinden van het artikel kan de titel worden ingevoerd in de desbetreffende databank.

Voor het beantwoorden van de vraag 'bij welke pasgeborenen een pijnmeting noodzakelijk is', is uitgegaan van de kennis van de deelnemers. De reden hiervan is dat hierover geen sluitend antwoord verkregen is vanuit de literatuur. De vraag is in hoeverre de kennis van de deelnemers volledig is. De kennis van de deelnemers is betrouwbaar vanwege hun (jarenlange) werkervaring op de afdeling Neonatologie.

Gekozen is voor een selectieve steekproef. De deelnemers zijn gericht benaderd om deel te nemen aan interviews. Op deze manier zijn de deelnemers van tevoren geselecteerd op werkervaring en kennis. Een aselectieve steekproef kan zorgen voor meer generaliseerbare resultaten van het onderzoek (Verhoeven, 2018). Wanneer de keuze op een aselectieve steekproef valt, zal dit meer tijd kosten, tijd die voor dit onderzoek niet is ingepland. Daarbij is het nog maar de vraag of op deze manier de vraagstelling kan worden beantwoord. Voorafgaand aan de interviews stond ingepland om minimaal één kinderarts te interviewen. Bij navraag op de afdeling Neonatologie blijkt dat verpleegkundigen vooral contact hebben met een verpleegkundig specialist en kinderarts-assistenten over pijnbeleid bij pasgeborenen. De keuze maken tussen kinderartsen of kinderarts-assistent en verpleegkundig specialist is hierdoor makkelijker geworden. Op het moment van de interviews zijn geen kinderartsen aanwezig geweest op de afdeling. Daarnaast heeft geen kinderarts zich opgegeven voor het interview. Dit heeft mede de keuze bepaald om geen kinderartsen te interviewen. Wellicht kunnen andere resultaten verkregen worden met het interviewen van kinderartsen en/of andere geselecteerde deelnemers. Door het bereiken van dataverzadiging is ervan uitgegaan dat de resultaten representatief zijn voor dit onderzoek (Smaling, 2016).

Tijdens het uitwerken van de interviews is gebleken dat sommige vragen onbewust zijn overgeslagen, hierdoor kan het zijn dat bruikbare informatie is gemist. Voor de analyse van de resultaten heeft dit geen grote invloed gehad. Aangezien de deelnemers antwoorden hebben gegeven die veelal overeenkwamen. Het afnemen van een *face-to-face* interview kan enige subjectiviteit met zich mee hebben gebracht. Onbewust kan de deelnemer gestuurd zijn in het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Dit door de inhoud van de vragen, de manier van formuleren van vragen en het doorvragen van de interviewer. Een enquête kan zorgen

voor meer objectiviteit, echter was het doel afwegingen en meningen uitvragen. Dit is beter te verkrijgen door het afnemen van een *face-to-face* interview (ten Have, 2016).

Oorspronkelijk was het plan om ook verpleegkundigen op de afdeling Verloskunde te interviewen. De reden hiervoor was om weten te komen hoe zij op dit moment omgaan met pijn bij pasgeborenen op hun afdeling. Dit plan geeft geen antwoord op de onderzoeksvraag. Daarnaast is door het korte tijdsbestek geen tijd geweest om deze interviews af te nemen. Daarom is besloten om geen verpleegkundigen op de afdeling Verloskunde te interviewen.

Onafhankelijk van elkaar hebben de onderzoekers de gegevens geanalyseerd. Het handmatig coderen geeft kans op bias vanwege menselijke fouten. Door het volgen van de stappen van 'Thematische analyse' zijn de uitkomsten van het coderen overzichtelijk gemaakt. Dit komt ten goede aan de betrouwbaarheid van de resultaten (Verhoeven, 2018).

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: *‘Bij welke pasgeborenen vanaf 36 weken die klinisch geboren zijn, liggend op de afdeling Verloskunde in het Martini Ziekenhuis, moet een pijnscore afgenomen worden?’*.

Een pijnscore moet worden afgenomen bij pasgeborenen. Met name bij pasgeborenen met een geboortetrauma of bij een vermoeden van pijn. Idealiter moet een pijnscore worden afgenomen bij alle pasgeborenen voor het meten van een beginwaarde. Daarbij is opgemerkt dat een pijnscore niet hoeft worden afgenomen als het om gezonde pasgeborenen gaat, ook wel ‘blakende kinderen’, als de pasgeborene klinisch comfortabel is en als het om een normale bevalling gaat.

De verpleegkundigen, verpleegkundig specialist en kinderarts-assistent van de afdeling Neonatologie hebben aangegeven dat een pijnscore moet worden afgenomen bij de volgende risicofactoren en complicaties: vacuüm extractie, tangverlossing, kiwi's (vacuüm extractie cup), lange uitdrijving, hematomen, stuitligging, stortbevalling, zware bevalling, met duwen en trekken, infectie, schouderdystocie, sectio met behoorlijke indaling, geelzucht, fracturen en moeder met infectie daardoor risico op infectie bij kind.

Interventies waar pasgeborenen pijn bij kunnen hebben zijn: bloedprikken voor bloedonderzoek, infuusprikken, hielprik, lumbaalpunctie, glucose prikken, het uitzuigen van de longen, zorgmomenten kunnen ook pijn veroorzaken, sonde inbrengen, afhalen van pleisters/plakkers, CFM en/of CPAP bevestigen, oogmetingen, ROP-screening, wisselligging, afdrogen en stimulatie onder voet/handje om het kind te laten huilen.

Uit de resultaten komen suggesties naar voren voor vervolgonderzoek, deze zijn te lezen in het volgende hoofdstuk ‘aanbevelingen’.

6. Aanbevelingen

De aanbevelingen die worden gedaan in dit hoofdstuk geven geen antwoord op de onderzoeksvraag of deelvragen. Het is een toevoeging aan dit onderzoek. De aanbevelingen vloeien voort uit de verkregen interview resultaten en de conclusie.

Wereldwijd is weinig onderzoek gedaan naar welke risicofactoren en complicaties pijn kunnen veroorzaken bij pasgeborenen op een kraamafdeling. Vooral is onderzoek gedaan naar pijn bij neonaten en pijn bij pasgeborenen veroorzaakt door een operatie. Het vraagt nader onderzoek om meer kennis te verkrijgen over pijn bij pasgeborenen vanaf week 36. Daarnaast kan onderzocht worden op de afdeling Verloskunde of de genoemde risicofactoren, complicaties en interventies, die pijn kunnen veroorzaken, volledig zijn. Dit geldt voor alle pasgeborenen die liggen op de afdeling Verloskunde van het Martini Ziekenhuis.

Het wordt aanbevolen om een pijnmeting in te voeren op de afdeling Verloskunde in het Martini Ziekenhuis. Hierbij kan gekeken worden naar wat in het protocol van het Martini Ziekenhuis wordt vermeld. Dit kan leiden tot een betere samenwerking tussen de afdeling Verloskunde en de afdeling Neonatologie. Bijvoorbeeld wanneer een pasgeborene overgedragen moet worden tussen beide afdelingen. Daarnaast kan het zorgen voor eenduidigheid zodat iedere pasgeborene op dezelfde manier wordt beoordeeld op pijn. Aanbevolen wordt om een pijnmeetinstrument te gebruiken die past bij de doelgroep waarbij pijn gemeten gaat worden. In de toekomst kan een onderzoek worden uitgevoerd naar het beste pijnmeetinstrument voor de afdeling Verloskunde. Of het ontwerpen van een passend pijnmeetinstrument bij de pasgeborenen liggend op de afdeling Verloskunde. Scholing in het gebruik van een pijnmeetinstrument en het ontwerpen van een passend pijnmeetinstrument kost tijd en geld. Daar zal rekening mee moeten worden gehouden.

Een advies dat alle deelnemers van de interviews mee hebben gegeven, is om niet alleen af te gaan op een pijnscore. Neem naast het afnemen van een pijnscore ook de omgevingsfactoren mee, klinische blik, de voorgeschiedenis van de pasgeborene en de mening van de ouders. Dit geeft een zo goed mogelijk beeld van de pijnbeleving van de pasgeborene.

Literatuurlijst

- Akuma, A. O., & Jordan, S. (2011). Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1288–1301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05837.x>
- Anand, K. J. S., Phil, D., & Hickey, P. R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The new England journal of medicine*, 317(21), 1321–1329.
- Anand, K. J. S., Eriksson, M., Boyle, E. M., Avila-Alvarez, A., Andersen, R. D., Sarafidis, K., ... Carbajal, R. (2017). Assessment of continuous pain in newborns admitted to NICUs in 18 European countries. *Acta Paediatrica*, 106(8), 1248–1259. <https://doi.org/10.1111/apa.13810>
- Andersen, R. D., Munsters, J. M. A., Vederhus, B. J., & Gradin, M. (2018). Pain assessment practices in Swedish and Norwegian neonatal care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1074–1082. <https://doi.org/10.1111/scs.12553>
- Martini Ziekenhuis. (z.d.). *Bevallen in het Martini Ziekenhuis*. Geraadpleegd op 7 november 2019, van <https://www.martiniziekenhuis.nl/Expertisecentrum-MoederenKind/Bevallen-in-het-Martini-Ziekenhuis>
- Calamy, L., & Walter-Nicolet, E. (2018). Neonatal pain assessment practices in the maternity ward (delivery room and postpartum ward): We can improve! *Archives de Pédiatrie*, 25(8), 476–479. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.09.001>
- Cignacco, E., Schenk, K., Stevens, B., Stoffel, L., Bassler, D., Schulzke, S., & Nelle, M. (2017). Individual contextual factors in the validation of the Bernese pain scale for neonates: protocol for a prospective observational study. *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0914-9>
- Cremillieux, C., Makhlouf, A., Pichot, V., Trombert, B., & Patural, H. (2018). Objective assessment of induced acute pain in neonatology with the Newborn Infant Parasympathetic Evaluation index. *European Journal of Pain*, 22(6), 1071–1079. <https://doi.org/10.1002/ejp.1191>
- Dingemanse, K. (2019, 27 september). *Validiteit in interviews*. Geraadpleegd op 6 oktober 2019, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-in-interviews/>
- Eriksson, M., & Campbell-Yeo, M. (2019). Assessment of pain in newborn infants. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(4), 101003. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.04.003>
- Hatfield, L. A., & Ely, E. A. (2014). Measurement of Acute Pain in Infants. *Biological Research For Nursing*, 17(1), 100–111. <https://doi.org/10.1177/1099800414531448>
- Jansen, W. S., & Jansen, G. J. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Amersfoort, Nederland: ThiemeMeulenhoff.
- Kappesser, J., Laffolie, J., Faas, D., Ehrhardt, H., & Hermann, C. (2019). Comparison of two neonatal pain assessment tools (Children and Infant's Postoperative Pain Scale and the Neonatal Facial Coding System—Revised) and their relations to clinicians' intuitive pain estimates. *European Journal of Pain*, 23(4), 708–718. <https://doi.org/10.1002/ejp.1338>
- KNAW, NFU, NWO, TO2-federatie, Vereniging Hogescholen & VSNU. (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. Geraadpleegd van <http://www.vsnunl.nl/files/documenten/Nederlandse%20gedragscode%20wetenschappelijke%20integriteit%202018.pdf>

- Landelijke Pijnwerkgroep NICU's. (2014). *Studentenmodule "Pijn bij de pasgeborene" LPN*. Geraadpleegd van <https://www.lpn-s.nl/images/modules/module-pijn-student.pdf>
- Martini Ziekenhuis. (z.d.). *Verpleegafdeling Verloskunde (2A)*. Geraadpleegd op 6 oktober 2019, van <https://www.martiniziekenhuis.nl/Bezoek-het-ziekenhuis/Afdelingen/Verpleegafdeling-2A-Verloskunde/>
- Meesters, N., Dilles, T., Simons, S., & van Dijk, M. (2019). Do Pain Measurement Instruments Detect the Effect of Pain-Reducing Interventions in Neonates? A Systematic Review on Responsiveness. *The Journal of Pain*, 20(7), 760–770. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.12.005>
- Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers.
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (2007, 17 september). Pijnmeetinstrumenten voor pasgeborenen - Richtlijn - Richtlijndatabase. Geraadpleegd op 21 september 2019, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pijnmeting_en_behandeling_bij_kinderen/pijnmeetinstrumenten_voor_pasgeborenen.html
- Neonatologie UZ Leuven. (2015 maart). *Leuvense Neonatale Pijnschaal*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van <https://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/SearchPost?meetinstrument=201>
- O'Neal, K., & Olds, D. (2016). Differences in Pediatric Pain Management by Unit Types. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 378–386. <https://doi.org/10.1111/jnu.12222>
- Pölkki, T., Korhonen, A., & Laukkala, H. (2018). Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: a cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 725–733. <https://doi.org/10.1111/scs.12503>
- RUG, Faculteit der Letteren, project Communicatieve Vaardigheden. (2019, 5 april). Interviewvragen bedenken | Interviewen | Mondeling: studenten | Handboek | Academische vaardigheden | Communicatietraining | Rijksuniversiteit Groningen. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van <https://www.rug.nl/language-centre/communication-training/academic/hacv/handboek/mondeling/student/interviewen/vragen>
- Scriptium. (2016, 27 april). *Betrouwbaarheid en validiteit*. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van <https://www.scriptium.nl/betrouwbaarheid-en-validiteit/>
- Smaling, A. (2016, 18 mei). *Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 23 september 2019, van https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-14-3-2/Generaliseerbaarheid-in-kwalitatief-onderzoek
- Smits, L. (2019, 29 november). *Transcriberen van een interview*. Geraadpleegd op 13 december 2019, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/interview-transcriberen/>
- SpeechTexter. (z.d.). Geraadpleegd op 6 oktober 2019, van <https://www.speechtexter.com/>
- Swaen, B. (2017, 22 maart). *Validiteit en betrouwbaarheid in literatuuronderzoek*. Geraadpleegd op 6 oktober 2019, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-en-betrouwbaarheid-literatuuronderzoek/>
- ten Have, E. C. M. (2016). *De Verpleegkundige Als Communicator: Leerboek Communicatieve Vaardigheden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Tubbing, L. (2014, 16 augustus). *Validiteit en betrouwbaarheid*. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van <https://deafstudeerconsultant.nl/afstudeertips/onderzoeksmethoden/validiteit-en-betrouwbaarheid/>
- V&V 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige* (3). Geraadpleegd van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- V&VN. (2018). *Diagnostiek – pijnmeetinstrumenten* (1). Geraadpleegd van <https://pijn.venvn.nl/Portals/39/SIG%20Kinderen/VVNP%20SIG%20Kinderen%20Diagnostiek%20pijnmeetinstrumenten%20030418.pdf?ver=2018-06-15-084123-297>
- van Lingen, R. A., & Brand, P. L. P. (2009). Meting en behandeling van pijn bij kinderen. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 153(12), 532–534. Geraadpleegd van <https://www-ntvg-nl.nl/hhg.idm.oclc.org/artikelen/meting-en-behandeling-van-pijn-bij-kinderen/volledig>
- van Loghum, B. S. (2017). Meetlat voor kwalitatief onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 15(3–4), 28. <https://doi.org/10.1007/s12468-017-0033-5>
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* Amsterdam, Nederland: Boom.
- Verpleegafdeling pasgeborenen*. (z.d.). Geraadpleegd op 3 oktober 2019, van <https://www.martiniziekenhuis.nl/Expertisecentrum-MoederenKind/Naar-huis/Verpleegafdeling-pasgeborenen-/?id=&epslanguage=nl>
- Verpleegafdeling Verloskunde (2A)*. (z.d.). Geraadpleegd op 3 oktober 2019, van <https://www.martiniziekenhuis.nl/Bezoek-het-ziekenhuis/Afdelingen/Verpleegafdeling-2A-Verloskunde-/?id=&epslanguage=nl>
- Wallace, H., & Jones, T. (2017). Managing procedural pain on the neonatal unit: Do inconsistencies still exist in practice? *Journal of Neonatal Nursing*, 23(3), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.10.004>
- WHO. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses* (1). Geraadpleegd van https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138354/pdf/Bookshelf_NBK138354.pdf

Bijlagen

Bijlage 1: Flowchart

Een schematische weergave van het zoekproces tijdens het literatuuronderzoek.

Zoekstring 1: "bilirubin in newborns" AND "pain assessment"	
Datum: 1-11-2019	
Databank: Medline	
Filters: jaartal 2009-2019	
Gevonden artikelen: 38	
Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal): Titel: Assessment of continuous pain in newborns admitted to NICUs in 18 European countries Auteurs: Anand KJS, Eriksson M, Boyle EM, Avila-Alvarez A, Andersen RD, Sarafidis K, Polkki T, Matos C, Lago P, Papadouri T, Attard-Montalto S, Ilmoja ML, Simons S, Tameliene R, van Overmeire B, Berger A, Dobrzanska A, Schroth M, Bergqvist L, Courtois E, Rousseau J, Carbajal R, EUROPAIN survey working group of the NeoOpioid Consortium Jaartal: 2017 Soort onderzoek: A prospective cohort study Bronvermelding in tekst: (Anand et al., 2017)	

Zoekstring 2: "pain assessment" AND ('newborn' OR 'neonate' OR 'infant' OR 'baby') AND "pain scale"	
Datum: 4-11-2019	
Databank: Medline	
Filters: 2009-2019, ab abstract	
Gevonden artikelen: 27	
Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal): Titel: Comparison of two neonatal pain assessment tools (Children and Infant's Postoperative Pain Scale and the Neonatal Facial Coding System—Revised) and their relations to clinicians' intuitive pain estimates Auteurs: Kappesser J, de Laffolie J, Faas D, Ehrhardt H, Hermann C Jaartal: 2018 Bronvermelding in tekst: (Kappesser et al., 2019)	

Zoekstring 3: "pain assessment" AND ('newborn' OR 'neonate' OR 'infant' OR 'baby') AND "pain scale"

Datum: 4-11-2019

Databank: Medline

Filters: 2009-2019, ab abstract

Gevonden artikelen: 27

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal):

Titel: Pain assessment practices in Swedish and Norwegian neonatal care units

Auteurs: Andersen, Randi Dovland; Munsters, Josanne M A; Vederhus, Bente Johanne; Gradin, Maria

Jaartal: 2018

Bronvermelding in tekst: (Andersen et al., 2018)

Zoekstring 4: "pain assessment" AND ('newborn' OR 'neonate' OR 'infant' OR 'baby') AND "pain scale"

Datum: 4-11-2019

Databank: Medline

Filters: 2009-2019, ab abstract

Gevonden artikelen: 27

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal):

Titel: Individual contextual factors in the validation of the Bernese pain scale for neonates: protocol for a prospective observational study.

Auteurs: Cignacco E; Schenk K; Stevens B; Stoffel L; Bassler D; Schulzke S; Nelle M, BMC Pediatrics

Jaartal: 2017

Soort onderzoek: prospectieve multisite validatiestudie

Bronvermelding in tekst: (Cignacco et al., 2017)

Zoekstring 5: "pain assessment" AND ('newborn' OR 'neonate' OR 'infant' OR 'baby') AND "pain scale"

Datum: 4-11-2019

Databank: Medline

Filters: 2009-2019, ab abstract

Gevonden artikelen: 27

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal):

Titel: Neonatal pain assessment practices in the maternity ward (delivery room and postpartum ward): We can improve!

Auteurs: L Calamy, E Walter-Nicolet

Jaartal: 2018

Bronvermelding in tekst: (Calamy & Walter-Nicolet, 2018)

Zoekstring 6: "pain measurement" AND ('newborn' OR 'neonate' OR 'infant' OR 'baby')

Datum: 5-11-2019

Databank: Medline

Filters: 2009-2019, ab abstract

Gevonden artikelen: 19 (6)

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal):

Titel: Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables

Auteurs: Hatfield LA, Ely EA

Jaartal: 2015

Soort onderzoek: literatuurstudie

Bronvermelding in tekst: (Hatfield & Ely, 2014)

Zoekstring 7: "pain score" AND ('neonate' OR 'newborn' OR 'neonatal' OR 'infant') AND "pain assessment"

Datum: 10-11-2019

Databank: Cinahl

Filters: 2009-2019, ab abstract

Gevonden artikelen: 14 (1)

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal):

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal, soort onderzoek):

Titel: Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: a cross-sectional survey

Auteurs: Tarja Pölkki, Anne Korhonen, Helena Laukkala

Jaartal: 2018

Soort onderzoek: beschrijvend transversaal onderzoek

Bronvermelding in tekst: (Pölkki et al., 2018)

Zoekstring 8: ('nurses' OR 'nursing') AND ('neonate' OR 'newborn' OR 'neonatal' OR 'infant') AND "pain assessment" AND 'implementation'

Datum: 10-11-2019

Databank: Cinahl

Filters: 2009-2019, ab abstract

Gevonden artikelen: 5 (3)

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal):

Titel: Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors

Auteurs: Akuma O Akuma, Sue Jordan

Jaartal: 2012

Bronvermelding in tekst: (Akuma & Jordan, 2011)

Zoekstring 9: (("Vacuum extraction"[All Fields] AND ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "newborn"[All Fields])) OR ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "newborns"[All Fields])) AND "pain assessment"[All Fields] AND ("2009/11/07"[PDat] : "2019/11/04"[PDat] AND English[lang])

Datum: 4-11-2019

Databank: Pubmed

Filters: Engels, max 10 jaar oud

Gevonden artikelen: 166 (8)

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal):

Titel: Assessment of pain in newborn infants.

Auteurs: Eriksson M, Campbell-Yeo M.

Jaartal: 2019

Bronvermelding in tekst: (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019)

Zoekstring 10: "pain assessment" AND ('newborn' OR 'neonate' OR 'infant' OR 'baby') AND ("pain measurement tool" OR "pain assessment tool")

Datum: 6-11-2019

Databank: Medline

Filters: 2009-2019

Gevonden artikelen: 27 (5)

Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal):

Titel: Differences in Pediatric Pain Management by Unit Types

Auteurs: O'Neal K, Olds D

Jaartal: 2016

Soort onderzoek: cross-sectional design

Bronvermelding in tekst: (O'Neal & Olds, 2016)

Zoekstring: Ontbreekt

Datum: 12-11-2019

Databank: via Worldcat Hanzehogeschool Groningen / Nederlands tijdschrift voor geneeskunde

Filters: geen
Gevonden artikelen: -
Gekozen artikel (titel, auteur(s), jaartal): Titel: Meting en behandeling van pijn bij kinderen. Auteurs: van Lingen, R. A., & Brand, P. L. P. Jaartal: 2009 Bronvermelding in tekst: (van Lingen & Brand, 2009)

Bijlage 2: Voor, tegen en overige argumentatie verkregen uit literatuur

Resultaten literatuuronderzoek

Argumenten voor	Bron	Topic
- Kinderen hebben, ongeacht hun leeftijd, net zo veel recht op adequate pijnherkenning, -meting en -bestrijding als volwassenen; - Wat pijnlijk is voor een volwassene, is dat zeker ook voor een kind; - Bij kinderen jonger dan 4 jaar dient de ernst van pijn gemeten te worden door een gestandaardiseerde observatie van het gedrag van het kind.	Meting en behandeling van pijn bij kinderen- RA Van Lingen, PLP Brand-2009- via Worldcat Hanzehogeschool (van Lingen & Brand, 2009)	Kennis (Thema: gestandaardiseerde pijnmeting)
- Wetenschappelijke verenigingen zoals de IASP, IASP, EFIC en APS benadrukken allen het belang van pijnmeting; - Het staat buiten kijf dat er pas sprake kan zijn van goed pijnbeleid als we iemands pijn regelmatig meten. Hiermee krijgt men een indruk of de behandeling effectief is;	Richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007)	Kennis (Thema: Goed pijnbeleid)

De frequentie van scoren hangt af van de aard (acuut, postoperatief of chronisch) en ernst van de pijn. De leeftijd en het ontwikkelingsniveau van de patiënt bepalen de te gebruiken methode.			
- Voor de postoperatieve fase is pijnmeting essentieel; - De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2003 postoperatieve pijnmeting aangewezen als een van de prestatie-indicatoren voor de kwaliteit en veiligheid van zorg in ziekenhuizen.	Richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007)	Kennis (Thema: kwaliteit van zorg)	
Pijnmeetinstrumenten zijn een hulpmiddel bij het bepalen van de pijnintensiteit en tevens nuttig om de effectiviteit van de pijnbestrijding (farmacologisch of non-farmacologisch) te bepalen.	Richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007)	Handelen (Thema: Pijnmeetinstrument)	
Beoordelingen van de voortdurende pijn die volgt op invasieve procedures, of ontsteking en chirurgie, kunnen de kwaliteit van pijnbeheersing verbeteren, onbehandelde pijn versus onnodige analgesie voorkomen, onder- of overdosering van analgetica of ontwikkeling van medicijntolerantie voorkomen.	Assessment of continuous pain in newborns admitted to NICUs in 18 European countries, 2017 (Anand et al., 2017)	Mening (Thema: verbetering van kwaliteit van pijnbeheersing)	

Ondanks zwakke punten en kanttekeningen van neonatale pijnbeoordelingsinstrumenten, wordt gesteld dat routinematige beoordelingen van continue pijn het geïndividualiseerde pijnmanagement zullen verbeteren.	(Anand et al., 2017)	Handelen
- Het consequente gebruik van een pijnmeting instrument is belangrijk om de pijnstillende behandeling te begeleiden - farmacologisch of niet-farmacologisch, en het instrument zou daarom in staat moeten zijn echte veranderingen in pijnintensiteit te detecteren. - Met betrekking tot het meten van pijn bij zuigelingen, is de responsiviteit van een instrument gebaseerd op de reactie van het kind op een pijnlijke interventie of de reactie van het kind op een pijnverminderende interventie.	Do Pain Measurement Instruments Detect the Effect of Pain-Reducing Interventions in Neonates? A Systematic Review on Responsiveness, 2018 (Meesters, Dilles, Simons, & van Dijk, 2019)	Handelen (Thema: consequent gebruik van pijnmeetinstrument)
Het is klinisch belangrijk om de pijnintensiteit van patiënten te evalueren en de juiste pijn verminderende interventie moet op basis van deze evaluatie worden besloten.	(Meesters, Dilles, Simons, & van Dijk, 2019)	Handelen
Objectieve hulpmiddelen zijn nodig om de pijnbeoordeling bij	(Cremillieux, Makhlof, Pichot, Trombert, & Patural, 2018)	Mening

pasgeborenen te verbeteren.		
Pijnbeoordeling bij premature baby's is nog steeds afhankelijk van pijnschalen	(Cremillieux, Makhlof, Pichot, Trombert, & Patural, 2018)	Mening
De noodzaak om de pijn van baby's te beoordelen wordt algemeen erkend en beschouwd als een voorwaarde voor adequaat pijnmanagement.	Comparison of two neonatal pain assessment tools (Children and Infant's Postoperative Pain Scale and the Neonatal Facial Coding System—Revised) and their relations to clinicians' intuitive pain estimates, 2018 (Kappesser, Laffolie, Faas, Ehrhardt, & Hermann, 2019) (Kappesser et al., 2019)	Kennis (Thema: noodzaak pijnmeten bij pasgeborenen)
- Intuïtieve oordelen komt vaak voor, deze zijn vatbaar voor vooroordelen en kunnen sterk per individu verschillen. Daarom wordt het gebruik van een objectief beoordelingsinstrument sterk aanbevolen; - Verpleegkundigen hebben ondersteuning nodig bij het beoordelen van pijn door een positieve context zoals ziekenhuiscultuur, gunstige infrastructuur of ondersteunend leiderschap op ziekenhuisniveau.	Comparison of two neonatal pain assessment tools (Children and Infant's Postoperative Pain Scale and the Neonatal Facial Coding System—Revised) and their relations to clinicians' intuitive pain estimates, 2018 (Kappesser et al., 2019)	Mening/handelen (Thema: aanbeveling objectieve pijnmeetinstrument) (Thema: training van medewerkers)
Om vertrouwen en competentie te ontwikkelen in het gebruik van pijnbeoordelingstools zijn handleidingen en trainingen van de verpleegkundigen nodig.	(Kappesser et al., 2019)	Handelen
Verpleegkundigen beoordelen pijn	(Kappesser et al., 2019)	Handelen

vaak op basis van hun klinische oordeel in plaats van gestandaardiseerde pijnschalen; • Dat geen algemene aanpak voor pijnbeoordeling bij verpleegkundigen kon worden geïdentificeerd, is een punt van zorg. Dit omdat door intuïtieve beoordelingen regelmatig de hoeveelheid ervaren pijn verkeerd wordt ingeschat.		
• Het beperkte gebruik van gestandaardiseerde beoordelingsinstrumenten houdt in dat zorgverleners de pijn van kinderen vaak impliciet en intuïtief inschatten. • Verpleegkundigen bleken bijvoorbeeld pijn te beoordelen op basis van hun klinische oordeel in plaats van gestandaardiseerde pijnschalen. • Er kon geen algemene aanpak voor pijnbeoordeling bij verpleegkundigen worden geïdentificeerd. Dit is een punt van zorg, omdat intuïtieve beoordelingen regelmatig de hoeveelheid ervaren pijn verkeerd inschatten.	Comparison of two neonatal pain assessment tools (Children and Infant's Postoperative Pain Scale and the Neonatal Facial Coding System—Revised) and their relations to clinicians' intuitive pain estimates, 2018 (Kappesser et al., 2019)	Handelen
• Om zowel over- als onderbehandeling van pijn te voorkomen, is aanbevolen dat alle behandelingen	Pain assessment practices in Swedish and Norwegian neonatal care units, 2018 (Zoekstring 10) (Andersen et al., 2018)	Mening (Thema: consequent gebruik van pijnmeetinstrument)

gebaseerd moeten zijn op systematische beoordeling; • Dit met behulp van een pijnmetingsschaal om de aanwezigheid of afwezigheid van pijn te identificeren, en als pijn aanwezig is, een schatting van de grootte van de pijn.		
• Nauwkeurige pijnmeting is de eerste stap naar een effectief pijnmanagement.	(Cignacco et al., 2017)	Mening
• In kraamafdelingen zijn de meeste pasgeborenen gezond, maar zorgverleners moeten zich bewust zijn van pijnlijke situaties voor sommige pasgeborenen en alert zijn op ongewoon gedrag; • Op de kraamafdelingen liggen meer pasgeborenen dan op NICU's en hun pijn moet ook worden overwogen.	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	Mening
• Een selectie van geldige variabelen voor pijn bij pasgeborenen zou moeten worden opgenomen in een pijnmeetinstrument. Het zou de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van onderzoek naar pijn bij pasgeborenen en de klinische resultaten aanzienlijk verbeteren.	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014):	Mening (Thema: Verbetering pijnmeetinstrument/kwaliteit van zorg)

• Naarmate neonaten volwassen worden, is het proces van het herkennen en meten van verschillen in gedragspijnrespons minder ingewikkeld.	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014):	Handelen (Thema: herkennen en meten gedragspijnrespons)
• Consistent gebruik van hetzelfde pijnmeetinstrument voor pijnbeoordeling stelt de arts in staat de scores van de pijnbeoordeling van een pasgeborene in de loop van de tijd te analyseren en kan inzicht geven in de responspatronen die specifiek zijn voor een bepaalde pasgeborene, waardoor de arts de effectiviteit van een interventie kan bepalen • De literatuur suggereert dat gelijktijdig gebruik van unidimensionale gedrags- en fysiologische maatregelen, onafhankelijk gescoord, een betere beoordeling kan bieden door de gevoeligheid te vergroten van het pijnmeetinstrument om pijn van pasgeborene te kunnen detecteren.	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014):	Mening (Thema: consequent gebruik van pijnmeetinstrument) Kennis (Thema: gestandaardiseerde pijnmeting)
• De herbeoordeling van pijn na een interventie wordt nog vaak over het hoofd gezien. Zonder herbeoordeling van het effect van de interventie, zal de pijn waarschijnlijk onopgelost blijven.	(O'Neal & Olds, 2016)	Handelen

Wat wordt gemeten, wordt gedaan: als neonatale pijn niet wordt gemeten en pijnbeleid en -protocollen niet worden gecontroleerd, kan neonatale pijn over het hoofd worden gezien.	Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors 2012	Handelen (Thema: Pijnmeten bij pasgeborenen)
Er is gerapporteerd dat systematische pijnbeoordeling leidt tot een consistentere pijnbehandeling.	Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: a cross-sectional survey, 2018 (Pölkki et al., 2018)	Mening (Thema: verbetering van kwaliteit van pijn-beheersing)
- De resultaten uit het onderzoek geven aan dat educatie nodig is voor verpleegkundigen om pijnbeoordeling en pijnmanagement in de toekomst te verbeteren; - Behoeft is aan nationale richtlijnen in de NICU's om een gelijke behandeling van alle pasgeborenen te waarborgen.	(Pölkki et al., 2018)	
- De meeste verpleegkundigen waren het erover eens ('helemaal mee eens / tot op zekere hoogte eens') dat pijnbeoordeling bij pasgeborenen de implementatie van pijnmanagement beïnvloedt (95,2%), dat systematische documentatie van pijnbeoordeling noodzakelijk is in de verpleging (93,2%) en dat pijnmeetinstrumenten belangrijk zijn. - En bijna een vierde van hen (24,8%) was onzeker ('weet niet') dat	(Pölkki et al., 2018)	

verpleegkundigen de pijn consequent kunnen beoordelen van neonaten zonder pijnmeetinstrumenten.			
Het niet gebruiken van pijnhulpmiddelen om de behoefte aan analgesie te bepalen en de adequaatheid van de behandeling te evalueren, kan leiden tot zowel onderbehandeling van pijn als overmedicatie, waardoor vermijdbare bijwerkingen kunnen optreden.	Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors 2012 (Akuma & Jordan, 2011)	Kennis (Thema: noodzaak inzetten pijnmeetinstrument bij pasgeborenen)	
Het niet naleven van richtlijnen wordt in dit onderzoek (verwijzing) blootgelegd. Klinische implementatie van richtlijnen is nodig om bewijs te leveren, om artsen te overtuigen van hun potentieel om neonataal lijden te verminderen.	(Akuma & Jordan, 2011)		
Wat wordt gemeten, wordt gedaan: als neonatale pijn niet wordt gemeten en pijnbeleid en -protocollen niet worden gecontroleerd, kan pijn bij een neonaat over het hoofd worden gezien.	(Akuma & Jordan, 2011)		
Nauwkeurige en regelmatige meting van pijn en niet-pijn gerelateerde nood is essentieel, niet alleen om hun aanwezigheid vast te stellen, maar ook om de effectiviteit	Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals, 2016	Mening (Thema: gestandaardiseerde pijnmeting)	

van interventies te controleren. • Gebruik een voor de leeftijd geschikt hulpmiddel om acute en langdurige pijn te beoordelen. • Er moet worden herinnerd dat in geval van pijn of ongemak bij het non-verbale kind, met een hoge score, de arts mogelijke bijdragende omgevingsfactoren (temperatuur, geluid) of andere factoren moet erkennen, zoals de noodzaak van een verandering van positie, baby kinderziektes of de behoefte aan luierverzorging. • Er wordt verondersteld dat de verpleegkundige deze omgevingsfactoren eerst zal controleren en wijzigen voordat de arts een behandelplan maakt en opnieuw beoordeelt zodra een interventie heeft plaatsgevonden.	(Harris et al., 2016)	
• Vaak wordt gezegd dat pijnbeoordeling het "vijfde vitale teken" moet zijn, maar professionals in de gezondheidszorg moeten ook weten hoe de beoordeling wordt geïnterpreteerd en welke maatregelen moeten worden genomen;	Assessment of pain in newborn infants, 2019 (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019)	Handelen (Thema: beoordeling pijnmeetinstrument)
• Pijnbeoordeling moet regelmatig worden uitgevoerd. De frequentie wordt	(Eriksson & Campbell-Yeo, 2019)	Handelen

bepaald door te kijken naar de medische toestand en de vorige beoordeling.		
• Het resultaat van de pijnbeoordeling moet worden geregistreerd en gerapporteerd, volgens een algoritme met specifieke acties voor elk pijnniveau. • Elke eenheid die pasgeboren baby's verzorgt, moet voldoende pijnbeoordelingsinstrumenten gebruiken om de soorten patiënten die ze behandelen te dekken, met de soorten pijn die ze ervaren.	Assessment of pain in newborn infants, 2019 (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019)	Mening (Thema: Pijnbeoordeling regelmatig en consequent uitvoeren)
• Elke uitgevoerde pijnbeoordeling moet leiden tot een discussie en beslissing over de volgende stappen om pijn te verminderen, anders is de beoordeling slechts een cijfer op een kaart, in plaats van als leidraad voor de zorg.	(Eriksson & Campbell-Yeo, 2019)	Handelen

Argumenten tegen	Bron	Topic
• Bij pasgeborenen en jonge kinderen is het moeilijk om onderscheid te maken tussen pijn of onrust/angst. Dit onderscheid is relevant bij het bepalen van de behandeling. • De score op een pijnmeetinstrument is een momentopname en niet meer dan dat.	Richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007)	Kennis

Daarom is het hierbij noodzakelijk om als behandelaar verschillende omgevingsfactoren mee te laten wegen. • Is er meer aanleiding om aan pijn te denken (bijvoorbeeld patiënt < 24uur na een operatie, 'bolle buik', thoraxdrain, etc) of is er aanleiding om aan angst of onrust te denken (ouders afwezig bij eenkennige peuter, veel lawaai en onrust op afdeling, honger pre- of postoperatief). • Ook kan het zinvol zijn om de ouders te vragen hoe hun kind gewoonlijk reageert op pijn of verandering van omgeving.		
• Voor het meten van postoperatieve pijn hebben fysiologische parameters echter een beperkt nut omdat ze sterk worden beïnvloed door andere factoren, zoals stress, angst, honger en misselijkheid. • Bij acute pijn zal er wel een gerelateerde verandering in de fysiologische parameters zichtbaar worden, maar weer snel verdwijnen na de handeling. Bij chronische pijn hebben de fysiologische parameters geen echte bijdrage.	Richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007)	Kennis

- NICU-werklasten staan mogelijk niet toe dat verpleegkundigen aan het bed regelmatig pijn beoordelen. - De meeste neonatale pijnschalen zijn ontworpen voor het meten van acute pijn; deze schalen zijn mogelijk niet klinisch relevant voor het meten van continue pijn.	Assessment of continuous pain in newborns admitted to NICUs in 18 European countries, 2017 (Anand et al., 2017)	Handelen/mening (Werklasten geven geen ruimte voor pijnmeting) (Klinisch relevantie neonatale pijnschalen)
Pijn moet voor de behandeling worden beoordeeld, maar neonatale pijnbeoordelingen zijn tijd- en arbeidsintensief en moeilijk te implementeren.	(Anand et al., 2017)	Mening
Ondanks de enorme toename van onderzoek naar neonatale pijn en pijnbeoordeling is er nog weinig bekend over de responsiviteit van pijnmeetinstrumenten.	Do Pain Measurement Instruments Detect the Effect of Pain-Reducing Interventions in Neonates? A Systematic Review on Responsiveness, 2018 (Meesters, Dilles, Simons, & van Dijk, 2019)	Kennis (Weinig bekend over de pijnmeetinstrumenten en of deze antwoord geven op mate van pijn)
- De studie toonde de beperkingen van de scoresystemen aan en de moeilijkheden bij het nauwkeurig vaststellen van pijn bij premature baby's, met name bij acute pijn. - Tot op heden is er nog steeds geen gouden standaard gevalideerde pijn bij kinderen betrouwbaar genoeg om met zekerheid de drempels van de premature neonat te bepalen. - Sommige hetero-evaluatie	Objective assessment of induced acute pain in neonatology with the Newborn Infant Parasympathetic Evaluation index, 2018 (Cremillieux, Makhoul, Pichot, Trombert, & Patural, 2018)	

pijnschalen zijn redelijk betrouwbaar, maar niet gemakkelijk uitvoerbaar in routinezorg.		
- Een belangrijk probleem kan zijn dat er (nog) geen 'gouden standaard' is met betrekking tot de pijnmeetinstrumenten vanwege een gebrek aan systematische psychometrische vergelijkingsstudies en een gebrek aan studies waarin pijn en andere ernstige complicaties worden vergeleken; - De afwezigheid van een 'gouden standaard' maakt het moeilijk om het juiste hulpmiddel te vinden.	Comparison of two neonatal pain assessment tools (Children and Infant's Postoperative Pain Scale and the Neonatal Facial Coding System—Revised) and their relations to clinicians' intuitive pain estimates, 2018 (Kappesser et al., 2019)	
Gegevens van deze studie onthulden dat de signalen waarop waarnemers hun oordeel baseren, niet noodzakelijkerwijs de items zijn die worden gebruikt in de observatie-instrumenten voor pijnbeoordeling.	Comparison of two neonatal pain assessment tools (Children and Infant's Postoperative Pain Scale and the Neonatal Facial Coding System—Revised) and their relations to clinicians' intuitive pain estimates, 2018 (Kappesser et al., 2019)	Mening
Uit onderzoek is gebleken dat tussen de Noorse en Zweedse hoofdverpleegkundigen een verschil in opvatting was. Degenen met meer blootstelling aan en ervaring met het gebruik van pijnmeetschalen hadden minder vertrouwen in hun resultaten. Of daadwerkelijk hiertussen een	Pain assessment practices in Swedish and Norwegian neonatal care units, 2018 (Andersen et al., 2018) (Andersen, Munsters, Vederhus, & Gradin, 2018)	Mening

verband bestaat, dat moet nog worden onderzocht. • Verklaringen kunnen verband houden met gebruikersproblemen veroorzaakt door gebrek aan kennis of training, problemen met de geldigheid van deze schalen of dat de schaal in kwestie mogelijk niet geschikt is voor de patiëntenpopulatie en omgeving.	
• Vanwege het feit dat omgevingsfactoren kunnen leiden tot onderschatting of verkeerde inschatting van de ernst van de pijn, is verder onderzoek nodig om de factoren die pijnreacties bij neonaten beïnvloeden beter te begrijpen. Relevante factoren moeten ook in overweging worden genomen bij toekomstige pijnbeoordeling.	(Cignacco et al., 2017)
• Variabelen zijn meestal niet afgestemd op de leeftijd van de pasgeborene, de bron van pijn of de ernst van de ziekte. Onderzoekers en clinici kunnen hierdoor omgevingsfactoren verwaarlozen bij het selecteren van een pijnmeetinstrument, bijvoorbeeld door een pijnmeetinstrument te gebruiken die alleen is gevalideerd	(Hatfield & Ely, 2014):

tijdens procedurele pijn bij een pasgeborene die postoperatieve pijn heeft ervaren.	
- Schattingen van pijnintensiteit op basis van gedragsvariabelen vertonen zwakke tot matige correlaties met die op basis van fysiologische variabelen, wat suggereert dat deze benaderingen verschillende constructen meten zoals pijnvering, gedragsproblemen en fysiologische opwindig; - Wanneer pijnmetingen bij kinderen worden ontwikkeld en onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid, zijn de variabelen vaak niet afgestemd op de leeftijd van de baby, de bron van pijn of de ernst van de ziekte.	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014):
De opname van variabelen in sommige pijnmeetinstrumenten voor kinderen, is voornamelijk gebaseerd op anekdotisch bewijs. Daarnaast kan het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing voor hoe pijn is gekoppeld aan studievariabelen bijdragen aan onderschatting van pijn bij deze kwetsbare populatie.	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014):
Hoewel fysiologische variabelen	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and

waardevol zijn bij het verschaffen van objectieve maten van pijn, hebben ze een lage specificiteit en kunnen ze worden gewijzigd door andere niet-pijnlijke stimuli zoals vermoeidheid, honger, stress of angst. Bovendien kan het proces van het verkrijgen van waarden van vitale functies, zoals hartslag en bloeddruk, speciale apparatuur vereisen en kan het de kinderen in beroering brengen, waardoor de gedragsreacties die gepaard gaan met pijn veranderen.	Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014):
Het gebruik van gezichtsactiviteiten als een geldige en betrouwbare indicator voor kinderpijn is afhankelijk van de zwangerschapsduur van het kind. Term zuigelingen vertonen vaker gezichtsuitdrukkingen dan premature baby's.	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014):
Het probleem met het gebruik van huilen als een maat voor pijn is dat baby's in staat zijn om een robuuste huil te produceren om andere redenen dan blootstelling aan een schadelijke stimulus. Omgekeerd kan een baby mogelijk niet huilen vanwege mechanische interferentie of de ernst van de ziekte.	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014)

Meer dan de helft van de respondenten was het er echter over eens dat ze de pijn op een betrouwbare manier kunnen beoordelen zonder pijnschalen te gebruiken.	Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: a cross-sectional survey, 2018 (Pölkki et al., 2018)
---	---

Overige argumenten	Bron	Topic
- Zorgverleners moeten de details kennen van de beoordeelde dimensies die horen bij het pijnmeetinstrument. - Daarnaast moeten zij kennis hebben van de benodigde apparatuur en weten hoe het pijnmeetinstrument moet worden gebruikt.	Pain assessment scales in newborns: integrative review, september 2014, (Melo, Lélis, Moura, Cardoso, & Silva, 2014)	Handelen
De noodzaak wordt erkent om meer specifieke en nauwkeurige methoden te gebruiken voor neonatale pijnbeoordeling, vanwege de subjectiviteit van pijn, vooral in een populatie die pijnsensatie niet kunnen verwoorden.	Pain assessment scales in newborns: integrative review, september 2014, (Melo, Lélis, Moura, Cardoso, & Silva, 2014)	Kennis
Het is noodzakelijk om strategieën te bedenken voor de implementatie van kennis om het pijnmanagement bij pasgeborenen te verbeteren.	Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns, 2017 (Costa et al., 2017)	Mening
Objectieve hulpmiddelen zijn nodig om de pijnbeoordeling bij	Objective assessment of induced acute pain in neonatology with the Newborn Infant	Mening/Aanbeveling

pasgeborenen te verbeteren; • Pijnbeoordeling bij premature baby's is nog steeds afhankelijk van pijnschalen.	Parasympathetic Evaluation index, 2018 (Cremillieux, Makhoul, Pichot, Trombert, & Patural, 2018)	
• Er bestaan meer dan 40 pijnschalen voor premature en voldragen baby's; • Van de pijnbeoordelingsschalen die zijn opgesteld voor klinische toepassing, zijn er maar weinig gevalideerd bij premature baby's.	Individual contextual factors in the validation of the Bernese pain scale for neonates: protocol for a prospective observational study, 2017 (Cignacco et al., 2017)	Kennis
• Een pasgeborene wordt een patiënt zodra hij of zij op de wereld komt en hun pijn moet worden geëvalueerd en behandeld; • Vooruitgang in de kwaliteit van zorg is haalbaar en vereist specifieke pijnprotocollen in alle eenheden, evenals specifieke training; • Er zijn veel meer baby's in de kraamafdelingen dan in NICU's en hun pijn moet ook worden overwogen; • Er moet een nauwkeurigere schaal worden ontwikkeld; • Echter zijn de beschikbare hulpmiddelen nuttig en deze moeten worden gebruikt.	Neonatal pain assessment practices in the maternity ward (delivery room and postpartum ward): We can improve! 2018 (Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	Mening
• In kraamklinieken (verloskamer en postpartumafdeling) worden neonaten blootgesteld aan verschillende pijnlijke situaties. Sommige zijn	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	Kennis

inherent aan de geboorte en kunnen enkele dagen tot een pijntoestand leiden (stuitligging, instrumentele extractie, hematoom in het hoofd of gezicht, enz.)		
Pijn veroorzaakt door interventies is duidelijk en kan worden voorkomen en beoordeeld met specifieke pijnschalen. Afgezien van deze duidelijke situaties, kan een neonatale pijnstatus echter moeilijk te diagnosticeren zijn (omdat de symptomen vaak paradoxaal zijn: psychomotorische inertie, uitputting, immobiliteit, voedingsproblemen, afwezigheid van huilen), vooral op de kraamafdeling waar pasgeborenen geacht worden gezond te zijn.	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	Handelen
- Tot op heden geen onderzoek gepubliceerd naar de praktijk van pijnbeoordeling en behandeling in de kraamomgeving (afdeling Verloskunde). - Meer onderzoek kan nuttig zijn.	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	Mening
Aanbevolen wordt om een pijnschaal te gebruiken die is ontworpen en aangetoond als een geldige unidimensionele maat voor pijnintensiteit.	Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables, 2015 (Hatfield & Ely, 2014)	Mening
Omgevingsfactoren zijn een belangrijke variabele om te	(Hatfield & Ely, 2014)	Kennis

overwegen bij het beoordelen van de reactie van een pasgeborene op pijn.			
• Er is een overvloed aan pijnmeetinstrumenten voor voldragen als premature neonaten; • Onderbenutting van pijnmeetinstrumenten bestaat vanwege gebrek aan kennis, geen prioriteit geven aan pijnmanagement, gebrek aan tijd, onzekerheid over de geldigheid van beschikbare schalen en twijfel of bewuste perceptie van pijn wel gemeten kan worden.	Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors 2012 (Akuma & Jordan, 2011)	Handelen	
• Akuma & Jordan geven aan dat 29 van 62 (47%) artsen en 85 van 137 (62%) verpleegkundigen op de hoogte waren van richtlijnen voor pijnmanagement op hun afdelingen.	(Akuma & Jordan, 2011)	Kennis	
• Het maakt niet uit welk hulpmiddel gekozen wordt voor pijnbeoordeling, het moet geldig zijn (meten wat het moet meten) en betrouwbaar zijn (dezelfde resultaten geven als het door een andere persoon of op een ander moment onder dezelfde omstandigheden wordt herhaald) voor de specifieke populatie die wordt beoordeeld en haalbaar om te gebruiken in de klinische situatie.	Assessment of pain in newborn infants, 2019 (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019)	Mening	

Bijlage 3: Argumentatie gebruikt voor opstellen interviewvragen

Tabel 1 'Gebruikte literatuur voor interviewvragen'.

Vraag	Auteurs	Gebruikte argumentatie	Topic	Thema voor interview
1.1	(Kappesser et al., 2019) (Pölkki et al., 2018) (Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	-Om vertrouwen en competentie te ontwikkelen in het gebruik van pijnbeoordelingstools zijn handleidingen en trainingen van de verpleegkundigen nodig. - De resultaten uit het onderzoek geven aan dat educatie nodig is voor verpleegkundigen om pijnbeoordeling en pijnmanagement in de toekomst te verbeteren. - Vooruitgang in de kwaliteit van zorg is haalbaar en vereist specifieke pijnprotocollen in alle eenheden, evenals specifieke training.	Kennis	-Scholing in gebruik pijnmeetinstrument
1.2	(Akuma & Jordan, 2011)	Het niet naleven van richtlijnen wordt in dit onderzoek (verwijzing) blootgelegd. Klinische implementatie van richtlijnen is nodig om bewijs te leveren, om artsen te overtuigen van hun potentieel om neonataal lijden te verminderen.	Kennis	-Richtlijn
1.3	(Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007)	Het staat buiten kijf dat er pas sprake kan zijn van goed pijnbeleid als we iemands pijn regelmatig meten. Hiermee krijgt men een indruk of de behandeling effectief is.	Kennis	-Goed pijnbeleid -Doel van pijnscore afnemen
1.4	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	-In kraamklinieken (verloskamer en postpartumafdeling) worden neonaten blootgesteld aan verschillende pijnlijke situaties. Sommige zijn inherent aan de geboorte en kunnen enkele dagen tot een pijntoestand leiden (stuitligging, instrumentele extractie, hematoom in het hoofd of gezicht, enz.)	Kennis	-Complicaties die pijn veroorzaken

1.5	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	Pijn veroorzaakt door interventies is duidelijk en kan worden voorkomen en beoordeeld met specifieke pijnschalen. Afgezien van deze duidelijke situaties, kan een neonatale pijnstatus echter moeilijk te diagnosticeren zijn (omdat de symptomen vaak paradoxaal zijn: psychomotorische inertie, uitputting, immobiliteit, voedingsproblemen, afwezigheid van huilen), vooral op de kraamafdeling waar pasgeborenen geacht worden gezond te zijn	Kennis	-Interventies die pijn veroorzaken
2.1	(Akuma & Jordan, 2011)	Akuma & Jordan geven aan dat 29 van 62 (47%) artsen en 85 van 137 (62%) verpleegkundigen op de hoogte waren van richtlijnen voor pijnmanagement op hun afdelingen	Mening	-Goed pijnbeleid
2.2	(Cignacco et al., 2017)	Nauwkeurige pijnmeting is de eerste stap naar een effectief pijnmanagement	Mening	-Bijdrage kwalitatieve zorg
2.3 en 2.4	(Calamy & Walter-Nicolet, 2018)	-Volgens Calamy & Walter-Nicolet, 2018 is er tot op heden geen onderzoek gepubliceerd naar pijnbeoordeling en behandeling in de kraamomgeving. Er zijn slechts enkele epidemiologische studies van pijnrisicofactoren voor pasgeborenen in kraamafdelingen. -Pijn werd meestal beoordeeld in gevallen van mogelijke pijnlijke situaties (stuitligging, instrumentele extractie, hematoom van hoofd of gezicht, enz.).	Mening	-Pijnmeten bij pasgeborenen
2.5	(Anand et al., 2017) (Kappesser et al., 2019) (Andersen et al., 2018)	- Pijn moet voor de behandeling worden beoordeeld, maar neonatale pijnbeoordelingen zijn tijd- en arbeidsintensief en moeilijk te implementeren - Gegevens van deze studie onthulden dat de signalen waarop waarnemers hun	Mening	-Voordelen pijnmeetinstrument -Nadelen pijnmeetinstrument

		oordeel baseren, niet noodzakelijkerwijs de items zijn die worden gebruikt in de observatie-instrumenten voor pijnbeoordeling - Om zowel over.- als onder behandeling van pijn te voorkomen, is aanbevolen dat alle behandelingen gebaseerd moeten zijn op systematische beoordeling.		
2.6	(Kappesser et al., 2019) (Calamy & Walter-Nicolet, 2018) (Akuma & Jordan, 2011)	- De noodzaak om de pijn van baby's te beoordelen wordt algemeen erkend en beschouwd als een voorwaarde voor adequaat pijnmanagement - In kraamafdelingen zijn de meeste pasgeborenen gezond, maar zorgverleners moeten zich bewust zijn van pijnlijke situaties voor sommige pasgeborenen en alert zijn op ongewoon gedrag - Op de kraamafdelingen liggen meer pasgeborenen dan op NICU's en hun pijn moet ook worden overwogen - Wat wordt gemeten, wordt gedaan: als neonatale pijn niet wordt gemeten en pijnbeleid en -protocollen niet worden gecontroleerd, kan neonatale pijn over het hoofd worden gezien	Mening	-Noodzaak invoering pijnscore afnemen
3.1	(Kappesser et al., 2019)	-Verpleegkundigen beoordelen pijn vaak op basis van hun klinische oordeel in plaats van gestandaardiseerde pijnschalen. -Dat geen algemene aanpak voor pijnbeoordeling bij verpleegkundigen kon worden geïdentificeerd, is een punt van zorg. Dit omdat door intuïtieve beoordelingen regelmatig de hoeveelheid ervaren pijn verkeerd wordt ingeschat.	Handelen	-Gebruik pijnmeetinstrument
3.2	(Anand et al., 2017) (Nederlandse	-Ondanks zwakke punten en kanttekeningen van neonatale pijnbeoordelingsinstrumenten, wordt gesteld dat routinematige beoordelingen van continue pijn het geïndividualiseerde	Handelen	-Routine pijnmeting

	Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007)	pijnmanagement zullen verbeteren. - Het staat buiten kijf dat er pas sprake kan zijn van goed pijnbeleid als we iemands pijn regelmatig meten. Hiermee krijgt men een indruk of de behandeling effectief is. -De frequentie van scoren hangt af van de aard (acuut, postoperatief of chronisch) en ernst van de pijn. De leeftijd en het ontwikkelingsniveau van de patiëntbepalen de te gebruiken methode.		
3.3 en 3.4	(Anand et al., 2017) (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019) (O'Neal & Olds, 2016) (Pölkki et al., 2018)	-Ondanks zwakke punten en kanttekeningen van neonatale pijnbeoordelingsinstrumenten, wordt gesteld dat routinematige beoordelingen van continue pijn het geïndividualiseerde pijnmanagement zullen verbeteren. - Pijnbeoordeling moet regelmatig worden uitgevoerd. De frequentie wordt bepaald door te kijken naar de medische toestand en de vorige beoordeling. - De herbeoordeling van pijn na een interventie wordt nog vaak over het hoofd gezien. Zonder herbeoordeling van het effect van de interventie, zal de pijn waarschijnlijk onopgelost blijven. - De meeste verpleegkundigen waren het erover eens ('helemaal mee eens' / tot op zekere hoogte eens') dat pijnbeoordeling bij pasgeborenen de implementatie van pijnmanagement beïnvloedt (95,2%), dat systematische documentatie van pijnbeoordeling noodzakelijk is in de verpleging (93,2%) en dat pijnmeetinstrumenten belangrijk zijn. -En bijna een vierde van hen (24,8%) was onzeker ('weet niet') dat verpleegkundigen de pijn consequent kunnen beoordelen van neonaten zonder pijnmeetinstrumenten.	Handelen	-Wanneer afnemen pijnscore -Frequentie afnemen pijnscore

3.5	(Eriksson & Campbell-Yeo, 2019)	-Elke uitgevoerde pijnbeoordeling moet leiden tot een discussie en beslissing over de volgende stappen om pijn te verminderen, anders is de beoordeling slechts een cijfer op een kaart, in plaats van als leidraad voor de zorg.	Handelen	-Vervolg op afnemen pijnscore
3.6	(Pölkki et al., 2018)	De meeste verpleegkundigen waren het erover eens ('helemaal mee eens / tot op zekere hoogte eens') dat pijnbeoordeling bij pasgeborenen de implementatie van pijnmanagement beïnvloedt (95,2%), dat systematische documentatie van pijnbeoordeling noodzakelijk is in de verpleging (93,2%) en dat pijnmeetinstrumenten belangrijk zijn. En bijna een vierde van hen (24,8%) was onzeker ('weet niet') dat verpleegkundigen de pijn consequent kunnen beoordelen van neonaten zonder pijnmeetinstrumenten.	Handelen	-Vertrouwen in pijnscore om vanuit pijnscore te handelen
3.7	(Cignacco et al., 2017) (Hatfield & Ely, 2014)	- Vanwege het feit dat omgevingsfactoren kunnen leiden tot onderschatting of verkeerde inschatting van de ernst van de pijn, is verder onderzoek nodig om de factoren die pijnreacties bij neonaten beïnvloeden beter te begrijpen. Relevante factoren moeten ook in overweging worden genomen bij toekomstige pijnbeoordeling - Omgevingsfactoren zijn een belangrijke variabele om te overwegen bij het beoordelen van de reactie van een pasgeborene op pijn. - Variabelen zijn meestal niet afgestemd op de leeftijd van de pasgeborene, de bron van pijn of de ernst van de ziekte. Onderzoekers en clinici kunnen hierdoor omgevingsfactoren verwaarlozen bij het selecteren van een pijnmeetinstrument, bijvoorbeeld door een	Handelen	-Factoren naast pijnscore om pijn te bepalen

		pijnmeetinstrument te gebruiken die alleen is gevalideerd tijdens procedurele pijn bij een pasgeborene die postoperatieve pijn heeft ervaren.		
--	--	---	--	--

Bijlage 4: Interview met onderbouwing

Aan de hand van de gevonden literatuur zijn interviewvragen geformuleerd. De interviewvragen zijn ondergebracht onder de topics “Kennis betreft pijnscore meten bij pasgeborenen”, “Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen” en “Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen”. Met behulp van de opgestelde vragen wordt geprobeerd een antwoord te krijgen op deelvraag 2. Daarnaast draagt de gevonden literatuur bij aan het beantwoorden van de vraagstelling. Allereerst volgt de verantwoording, vervolgens worden de vragen in een logische volgorde gezet en worden de vragen als leidraad gebruikt voor het semigestructureerde interview.

Onderbouwing van de interviewvragen

Topic 1: Kennis betreft pijnscore meten bij pasgeborenen: De rol van verpleegkundigen is cruciaal voor het herkennen en behandelen van pijn bij kwetsbare patiënten. Kennis van de huidige inzichten van verpleegkundigen en pijnbeleid bij pasgeborenen is echter vereist om te garanderen dat er voor deze kwetsbare populatie hoogwaardige, op bewijs gebaseerde verpleegmethoden beschikbaar zijn (Pölkki, Korhonen, & Laukkala, 2018).

Om vertrouwen en competentie te ontwikkelen in het gebruik van pijnbeoordelingstools zijn handleidingen en trainingen van de verpleegkundigen nodig (Kappesser, Laffolie, Faas, Ehrhardt, & Hermann, 2019).

Uit onderzoek Andersen, Munsters, Vederhus, & Gradin (2018) is gebleken dat tussen de Noorse en Zweedse hoofdverpleegkundigen een verschil in opvatting was. Degenen met meer blootstelling aan en ervaring met het gebruik van pijnmeetschalen hadden minder vertrouwen in hun resultaten. Of daadwerkelijk hiertussen een verband bestaat, dat moet nog worden onderzocht. Verklaringen kunnen verband houden met gebruikersproblemen veroorzaakt door gebrek aan kennis of training, problemen met de geldigheid van deze schalen of dat de schaal in kwestie mogelijk niet geschikt is voor de patiëntenpopulatie en omgeving.

De resultaten uit het onderzoek van Pölkki et al (2018) geven aan dat educatie nodig is voor verpleegkundigen om pijnbeoordeling en pijnmanagement in de toekomst te verbeteren. Bovendien is er behoefte aan nationale richtlijnen in de NICU's om een gelijke behandeling van alle pasgeborenen te waarborgen.

- ❖ Vraag 1) Bent u geschoold in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen? Zo, ja op welke manier heeft u hier scholing over gekregen?

Het niet naleven van richtlijnen wordt in het onderzoek van Akuma & Jordan (2011) blootgelegd. Klinische implementatie van richtlijnen is nodig om bewijs te leveren, om artsen te overtuigen van hun potentieel om neonataal lijden te verminderen.

- ❖ Vraag 2) Bent u bekend met de richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen? Ja/Nee. Zo, ja wat houdt de richtlijn volgens u in? Kunt u dit kort toelichten.

Het staat buiten kijf dat er pas sprake kan zijn van goed pijnbeleid als we iemands pijn regelmatig meten. Hiermee krijgen we een indruk of de behandeling effectief is. De frequentie van scores hangt af van de aard (acuut, postoperatief of chronisch) en ernst van de pijn. De leeftijd en het ontwikkelingsniveau van de patiënt bepalen de te gebruiken methode

(Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2007).

- ❖ Vraag 3) Kunt u kort aan ons uitleggen waarom u een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

In kraamklinieken (verloskamer en postpartumafdeling) worden neonaten blootgesteld aan verschillende pijnlijke situaties (Calamy & Walter-Nicolet, 2018). Sommige zijn inherent aan de geboorte en kunnen enkele dagen tot een pijntoestand leiden (stuitligging, instrumentele extractie, hematoom in het hoofd of gezicht, enz.) Pijn werd voornamelijk beoordeeld in het geval van klinische situaties waarbij er een risico op pijn bestond.

- ❖ Vraag 4) Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

Door interventies veroorzaakte pijn is duidelijk en kan worden voorkomen en beoordeeld met specifieke pijnschalen. Afgezien van deze duidelijke situaties, kan een neonatale pijnstatus echter moeilijk te diagnosticeren zijn (omdat de symptomen vaak paradoxaal zijn: psychomotorische inertie, uitputting, immobiliteit, voedingsproblemen, afwezigheid van huilen), vooral op de kraamafdeling waar pasgeborenen geacht worden gezond te zijn (Calamy & Walter-Nicolet, 2018).

- ❖ Vraag 5) Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

Topic 2: Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen

Akuma & Jordan (2011) geven aan dat negenentwintig van 62 (47%) artsen en 85/137 (62%) verpleegkundigen op de hoogte waren van richtlijnen voor pijnmanagement op hun afdelingen.

- ❖ Vraag 1) Wat verstaat u onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

Objectieve hulpmiddelen zijn nodig om de pijnbeoordeling bij pasgeborenen te verbeteren (Cremillieux, Makhoul, Pichot, Trombert, & Patural, 2018).

Nauwkeurige pijnmeting is de eerste stap naar een effectief pijnmanagement (Cignacco et al., 2017).

- ❖ Vraag 2) Vindt u dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg? Wilt u dit toelichten?

Voor zover Calamy & Walter-Nicolet (2018) weten is er tot op heden geen onderzoek gepubliceerd naar de praktijk van pijnbeoordeling en behandeling in de kraamomgeving. Er zijn slechts enkele epidemiologische studies van pijnrisicofactoren voor pasgeborenen op kraamafdelingen. Meer onderzoek kan nuttig zijn.

Pijn werd meestal beoordeeld in gevallen van mogelijke pijnlijke situaties (stuitligging, instrumentele extractie, hematoom van hoofd of gezicht, enz.).

- ❖ Vraag 3) Bij welke pasgeborenen (vanaf 36 weken) zou er volgens u een pijnscore moeten worden afgenomen?
- ❖ Vraag 4) Wanneer is een pijnscore afnemen, volgens u niet nodig?

Pijn moet voor de behandeling worden beoordeeld, maar neonatale pijnbeoordelingen zijn tijd- en arbeidsintensief en moeilijk te implementeren (Anand et al., 2017).

Kappesser et al. (2019) onthulden dat de signalen waarop waarnemers hun oordeel baseren, niet noodzakelijkerwijs de items zijn die worden gebruikt in de observatie-instrumenten voor pijnbeoordeling.

Om zowel over- als onderbehandeling van pijn te voorkomen, is aanbevolen dat alle behandelingen gebaseerd moeten zijn op systematische beoordeling met behulp van een pijnmeetinstrument. Dit om de aanwezigheid of afwezigheid van pijn te identificeren en als pijn aanwezig is, een schatting van de ernst van de pijn te maken (Andersen et al., 2018).

- ❖ Vraag 5 Wat zijn de voordelen en nadelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

Pijnbeoordeling bij premature baby's is nog steeds afhankelijk van pijnschalen (Cremillieux, Makhlof, Pichot, Trombert, & Patural, 2018).

De noodzaak om de pijn van baby's te beoordelen wordt algemeen erkend en beschouwd als een voorwaarde voor adequaat pijnmanagement (Kappesser et al., 2019).

In kraamafdelingen zijn de meeste pasgeborenen gezond, maar zorgverleners moeten zich bewust zijn van pijnlijke situaties voor sommige pasgeborenen en alert zijn op ongewoon gedrag.

Op de kraamafdelingen liggen meer pasgeborenen dan op NICU's en hun pijn moet ook worden overwogen (Calamy & Walter-Nicolet, 2018).

Wat wordt gemeten, wordt gedaan: als neonatale pijn niet wordt gemeten en pijnbeleid en - protocollen niet worden gecontroleerd, kan pijn bij een neonaat over het hoofd worden gezien (Akuma & Jordan, 2011).

- ❖ Vraag 6 Is het invoeren van pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk? Zo, ja waarom? Zo, nee waarom niet?

Topic 3: Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen

Volgens Kappesser et al (2019) bleken verpleegkundigen bijvoorbeeld pijn te beoordelen op basis van hun klinische oordeel in plaats van gestandaardiseerde pijnschalen. Verder kon er geen algemene aanpak voor pijnbeoordeling bij verpleegkundigen worden geïdentificeerd. Dit is een punt van zorg, omdat door intuïtieve beoordelingen regelmatig de hoeveelheid ervaren pijn verkeerd wordt ingeschat.

- ❖ Vraag 1 Hoe pakt u pijnmeten bij pasgeborenen aan/ hoe voert u deze handeling uit?

Ondanks zwakke punten en kanttekeningen van neonatale pijnbeoordelingsinstrumenten, stelt men dat routinematige beoordelingen van continue pijn het geïndividualiseerde pijnmanagement zullen verbeteren (Anand et al., 2017).

Pijnbeoordeling moet regelmatig worden uitgevoerd. De frequentie wordt bepaald door te kijken naar de medische toestand en de vorige beoordeling (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019).

De herbeoordeling van pijn na een interventie wordt nog vaak over het hoofd gezien. Zonder herbeoordeling van het effect van de interventie, zal de pijn waarschijnlijk onopgelost blijven (O'Neal & Olds, 2016).

- ❖ Vraag 2 Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op jullie afdeling, net als de vitale functies: hartslag, bloeddruk, ademhaling, temperatuur? Zo, nee waarom is er geen routine hierin?
- ❖ Vraag 3 Op welke momenten meet u pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

Elke uitgevoerde pijnbeoordeling moet leiden tot een discussie en beslissing over de volgende stappen om pijn te verminderen, anders is de beoordeling slechts een cijfer op een

kaart, in plaats van als leidraad voor de zorg.

Het resultaat van de pijnbeoordeling moet worden geregistreerd en gerapporteerd, met specifieke acties voor elk pijnniveau (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019).

- ❖ Vraag 4) Hoe vaak meet u pijn bij pasgeborenen vanaf 36 weken?
- ❖ Vraag 5) Wat doet u met de uitkomst van een pijnscore?

De meeste verpleegkundigen waren het erover eens ('helemaal mee eens' / tot op zekere hoogte eens) dat pijnbeoordeling bij pasgeborenen de implementatie van pijnmanagement beïnvloedt (95,2%), dat systematische documentatie van pijnbeoordeling noodzakelijk is in de verpleging (93,2%) en dat pijnmeetinstrumenten belangrijk zijn. Meer dan de helft van de respondenten was het er echter over eens dat ze de pijn op een betrouwbare manier kunnen beoordelen zonder een pijnmeetinstrument te gebruiken, en bijna een vierde van hen (24,8%) was onzeker ('weet niet') dat verpleegkundigen de pijn consequent kunnen beoordelen van neonaten zonder pijnmeetinstrumenten (Pölkki et al., 2018).

- ❖ Vraag 6) Kunt u volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen? Zo, nee welke stappen zet u nog meer om tot een interventie over te gaan?

Vanwege het feit dat omgevingsfactoren kunnen leiden tot onderschatting of verkeerde inschatting van de ernst van de pijn, is verder onderzoek nodig om de factoren die pijnreacties bij neonaten beïnvloeden beter te begrijpen. Relevante factoren moeten ook in overweging worden genomen bij toekomstige pijnbeoordeling (Cignacco et al., 2017).

Variabelen zijn meestal niet afgestemd op de leeftijd van de pasgeborene, de bron van pijn of de ernst van de ziekte. Onderzoekers en klinici kunnen hierdoor omgevingsfactoren verwaarlozen bij het selecteren van een pijnmeetinstrument, bijvoorbeeld door een pijnmeetinstrument te gebruiken die alleen is gevalideerd tijdens procedurele pijn bij een pasgeborene die postoperatieve pijn ervaart. Omgevingsfactoren zijn dus een belangrijke variabele om te overwegen bij het beoordelen van de reactie van een pasgeborene op pijn (Hatfield & Ely, 2014).

- ❖ Vraag 7) Neemt u naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

Bijlage 5: Semigestructureerd interview

In het semigestructureerd interview komen zowel gesloten als open vragen aan bod. Door middel van open vragen kan een verpleegkundige of kinderarts kwijt wat diegene kwijt wil en kan hier eventueel verder op door worden gevraagd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de gesprekstechniek LSD (luisteren, samenvatten en doorvragen). Hierdoor kan afstand worden bewaard tot de geïnterviewde en het onderwerp (ten Have, 2016). Gesloten vragen worden gebruikt om kennis die gevormd is vanuit de literatuur te bevestigen of te ontkrachten.

Introductie

Opening - Wij zijn Lisan van Veen en Bente de Weert, we studeren verpleegkunde aan de Hanzehogeschool. - Voor onze scriptie willen wij graag een interview afnemen. Het gaat over het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen vanaf week 36 die klinisch zijn geboren. Bedankt dat u mee wilt werken aan dit onderzoek!

Aan het eind van alle afgenomen interviews willen wij iets kunnen zeggen over kennis over pijnscore afnemen bij pasgeborenen, over de mening van verpleegkundigen en kinderartsen betreft pijnscore afnemen bij pasgeborenen en het handelen hierin.

- Kennis is datgene wat men niet of wel weet over het onderwerp pijnscore afnemen bij pasgeborenen.
- Mening is datgene wat u vindt van/over het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen.

- Verpleegkundig handelen, hiermee wordt bedoeld: de handelingen die u uitvoert bij het afnemen van een pijnscore bij een pasgeborene.

Het interview duurt maximaal 30 minuten. Het is een semigestructureerd interview, dit houdt in dat de interviewvragen her en der gesloten zijn. Het merendeel van de vragen zijn open, waar u vrij bent om naar eigen inbreng de vragen te beantwoorden. Wij zullen dit interview ook opnemen, **geeft u hier toestemming voor?** De gegevens worden anoniem verwerkt en uiteindelijk worden deze vernietigd.

Middendeel

-Wat is uw leeftijd?

-Welk opleidingsniveau heeft u?

-Hoelang bent u werkzaam op de afdeling Neonatologie?

-Heeft u ervaring met het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen?

-Klopt het dat u op de afdeling Neonatologie gebruik maakt van de Leuvense Neonatale Pijnschaal?

Zo, nee welk pijnmeetinstrument gebruikt u dan?

Vragen n.a.v. de topics (Kennis, Mening & Verpleegkundig handelen)

Vragen aan de verpleegkundigen

Kennis betreft pijnscore meten bij pasgeborenen:

1) Bent u geschoold in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen? Zo, ja op welke manier heeft u hier scholing over gekregen?

2) Bent u bekend met de richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen? Ja/Nee
Zo, ja wat houdt de richtlijn volgens u in? Kunt u dit kort toelichten.

3) Kunt u kort aan ons uitleggen waarom u een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

4) Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

5) Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen:

1) Wat verstaat u onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen? (Richtlijn)

2) Vindt u dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg? Wilt u dit toelichten?

3) Bij welke pasgeborenen (vanaf 36 weken) zou er volgens u een pijnscore moeten worden afgenomen?

4) Wanneer is een pijnscore afnemen, volgens u niet nodig?

5) Wat zijn de voordelen en nadelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

6) Is het invoeren van pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk? Zo, ja waarom? Zo, nee waarom niet?

Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen:

1) Hoe pakt u pijnmeten bij pasgeborenen aan/ hoe voert u deze handeling uit?

2) Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op jullie afdeling, net als de vitale functies: hartslag, bloeddruk, ademhaling, temperatuur? Zo, nee waarom is er geen routine hierin?

3) Op welke momenten meet u pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

- 4) Hoe vaak meet u pijn bij pasgeborenen vanaf 36 weken?
- 5) Wat doet u met de uitkomst van een pijnscore?
- 6) Kunt u volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen? Zo, nee welke stappen zet u nog meer om tot een interventie over te gaan?

De laatste vraag:

- 7) Neemt u naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

Afsluiting:

Al onze vragen hebben wij aan u gesteld. Wilt u nog wat toevoegen aan dit gesprek?

Bedankt voor uw tijd en moeite! Wij gaan uw antwoorden verwerken. U kunt bij ons aangeven of u een uitgewerkte versie van uw interview wilt ontvangen. Wij sturen het uitgeschreven interview dan naar uw e-mailadres. U kunt dan binnen twee werkdagen akkoord geven op het interview. Horen wij niets van u, dan gaan wij ervan uit dat u akkoord gaat.

Vragen voor de kinderarts:

Kennis betreft pijnscore meten bij pasgeborenen:

- 1) Heeft u kennis van pijnmeetinstrumenten om pijnscores bij pasgeborenen af te nemen? Zo, ja op welke manier heeft u hier kennis over gekregen?
- 2) Bent u bekend met de Richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen? Ja/Nee
Zo, ja wat houdt de richtlijn volgens u in? Kunt u dit kort toelichten.
- 3) Kunt u kort aan ons uitleggen waarom u een pijnscore van een pasgeborene nodig heeft?
- 4) Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?
- 5) Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen:

- 1) Wat verstaat u onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen? (Richtlijn)
- 2) Vindt u dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg? Wilt u dit toelichten?
- 3) Bij welke pasgeborenen (vanaf 36 weken) zou er volgens u een pijnscore moeten worden afgenomen?
- 4) Wanneer is een pijnscore afnemen, volgens u niet nodig?
- 5) Wat zijn de voordelen en nadelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?
- 6) Is het invoeren van pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk? Zo, ja waarom? Zo, nee waarom niet?

Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen:

- 1) In hoeverre draagt een pijnscore bij aan het opstellen van een behandelplan voor een pasgeborene vanaf 36 weken?
- 2) Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op jullie afdeling, net als de vitale functies: hartslag, bloeddruk, ademhaling, temperatuur? Zo, nee waarom is er geen routine hierin?
- 3) Wat doet u met de uitkomst van een pijnscore?
- 4) Kunt u volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen? Zo, nee welke stappen zet u nog meer om tot een interventie over te gaan?

De laatste vraag:

5) Neemt u naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

Afsluiting:

Al onze vragen hebben wij aan u gesteld. Wilt u nog wat toevoegen aan dit gesprek?

Bedankt voor uw tijd en moeite! Wij gaan uw antwoorden verwerken. U kunt bij ons aangeven of u een uitgewerkte versie van uw interview wilt ontvangen. Wij sturen het uitgeschreven interview dan naar uw e-mailadres. U kunt dan binnen twee werkdagen akkoord geven op het interview. Horen wij niets van u, dan gaan wij ervan uit dat u akkoord gaat.

Bijlage 6: Uitgeschreven interviews

De interviews vonden plaats in een rustige en gesloten ruimte, binnen in het Martini Ziekenhuis.

Vooraf aan de interviews is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Elke deelnemer heeft akkoord gegeven. Ook is aangegeven dat het anoniem zal worden verwerkt en dat de gegevens en audio-opnames van de deelnemers uiteindelijk zullen worden gewist. De deelnemers hebben de mogelijkheid gekregen om hun uitgeschreven interviews in te zien. Zij waren allemaal akkoord met de uitgeschreven inhoud van het interview.

De proefinterviews bij twee deelnemers werden als goed bevonden door de onderzoekers. Geen aanpassingen van de vragen hoefden worden gedaan. De proefinterviews worden als volwaardig gezien en zijn meegenomen in het onderzoek.

I= interviewer

D= deelnemer interview

Interview 1 VPK

Achtergrondinformatie:

I: Wat is je leeftijd?

D: Mijn leeftijd is 45

I: Welk opleidingsniveau heb je gehad?

D: Ik heb eerst de MBO-V gedaan, verkort heb ik hem gedaan en daarna de kinderaantekening en daarna de Neonatologie aantekening.

I: Heb je ervaring met het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen?

D: Zeker, ja

I: En klopt het dat jullie op de afdeling Neonatologie de Leuvense Neonatale Pijnschaal aanhouden?

D: Dat klopt, ja wij doen de Leuvense

I: En ook nog andere pijnmeetinstrumenten?

D: Nee, alleen de Leuvense

I: Dat waren de achtergrondvragen, dan beginnen wij met het stukje kennis wat betreft pijnscore

Kennis:

I: Ben je geschoold in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen?

D: Ja

I: En op welke manier heb je die scholing gekregen?

D: Even kijken hoor. Ik heb hiervoor in het UMCG gewerkt en daar hadden wij ook de pijnscores, daar werd je ook op geïnstrueerd en daar kreeg je instructie over en moest je zoveel keer een pijnscore afnemen voordat je dan zelf deze pijnscores mocht doen. Dit was dan niet de Leuvense maar de Comfortscale en dat komt wel veel overeen. Maar dan moest je echt twee minuten observeren en daarna je score doen. En de Leuvense hebben wij wel in onze opleiding gehad, zeg maar.

I: Ben je bekend met de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen'?

D: Ja

I: En zou je dit kort kunnen toelichten?

D: Deze richtlijn houdt in, uhm, daarin kan je vinden hoe je pijn meet bij een neonat en welke interventies daaropvolgend zijn.

I: Kun je kort aan ons uitleggen waarom je een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

D: Bij een pasgeborene is het postpartum vaak dat een kind vaak oncomfortabel is door de partus zelf of doordat er complicaties zijn geweest of dat hoeft soms niet eens. Een kind is vaak oncomfortabel postpartum en dat wil je graag weten en daarom doe je de comfortscore eigenlijk.

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij de pasgeborenen en dan vanaf week 36?

D: Natuurlijk een vacuüm extractie, maar ook soms een lange uitdrijvingsperiode waardoor een kind lang eigenlijk in het bekken zit, een schouderdystocie, maar ook wel met een sectio wanneer een kind al behoorlijk is ingedaald in het bekken en daar is best veel kracht voor nodig om het kind eruit te halen, dan zie je ook vaak oncomfortabel zijn zeg maar. Dat zijn een paar dingen. Maar ook een normale partus kan soms voor een oncomfortabel kind zorgen.

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborenen vanaf week 36?

D: En dan bedoel je postpartum, gewoon die wij doen bijvoorbeeld?

I: Ja, na de bevalling

D: Natuurlijk een infuus inbrengen, lab-afname, bloedafname, maar ook tijdens de bevalling kan soms ook een luier verschonen kan dat al heel vervelend zijn. Maar prikken denk ik wel dat dat het meeste oncomfortabel is. Soms moet je ook inderdaad een kind aan een CFM aanleggen, dan moet je naaldjes inbrengen, dat is eigenlijk dan ook wel weer aanprikken, maar goed dat is natuurlijk oncomfortabel

Mening:

I: Wat versta jij onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: Nou eigenlijk wel volgens protocol. Volgens het protocol wat wij hanteren zeg maar, dus de eerste 24 uur bij opname dat je pijnmeet een keer per dienst en als je hoger dan een vijf scoort dat je dan in overleg met de arts pijnmedicatie start en na een half uur weer evalueert en ik denk dat het een prima pijnbehandeling is.

I: Vind je dat een pijnscore bijdraagt aan kwalitatieve zorg?

D: Zeker

I: En kan je dat ook toelichten waarom je dat vindt?

D: Even kijken, je doel is een kind gelijk weer lekker bij de moeder. Wat onze zorg niet nodig heeft en er zijn natuurlijk heel veel dingen, veel complicaties die ervoor zorgen dat een kindje hier wel een tijdje ligt. Maar door pijn op tijd te herkennen kan je heel veel meer complicaties

voorkomen eigenlijk. Kinderen gaan daardoor neusvleugelen, gaan intrekken, voelen zich niet lekker, gaan spugen. Dat kun je door vroegtijdige herkenning wel voorkomen.

I: Wanneer is een pijnscore afnemen volgens u niet nodig?

D: Nou eigenlijk zoals het protocol zegt, dus als er de eerste 24 uur geen score is boven de 5 dat je dat mag gaan staken, dat lijkt mij prima

I: Dus als dat het uitsluit dan

D: Precies, dan is er geen reden om te meten of je moet iets zien waardoor je denkt, hey is het kind wel comfortabel of heeft het pijn. Dan score je natuurlijk wel.

I: Wat zijn de voordelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Nou je hebt eigenlijk een instrument waarmee je iets signaleert en aan de hand daarvan kan je daarmee ook je interventies bepalen, zeg maar. Je voorkomt dat mensen ongelijk daarin gaan handelen zeg maar. Of dat er pijn over het hoofd wordt gezien of dus niet wordt behandeld. En dat het ook conform, tenminste dat is de bedoeling, dat is niet altijd zo in de praktijk. Maar goed dit instrument geeft wel een goede leidraad zeg maar. En nog een voordeel is dat het eigenlijk al uitgestippeld is, dus je hoeft niet eerst nog te overleggen van hey ik zie dit kind, arts wat vind jij, moeten wij hier iets mee? Nu kun je gewoon aanwijsbaar zeggen, dit kind heeft een comfortscore van zoveel, zullen wij pijnmedicatie starten? En hoeveel mag ik geven? Dat scheelt heel veel tijd en extra interventies van onderzoek door de arts en dat is natuurlijk ook een groot voordeel.

I: En zijn er ook nadelen?

D: Nou ik zou het zo niet weten. Nee, want je belast het kind er niet extra mee door die comfortscore of de Leuvense te doen. Volgens mij heeft het eigenlijk alleen maar voordelen.

I: Is het invoeren van een pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk?

D: Ja, ik denk dat het ook heel veel opnames hier zou kunnen voorkomen. Daar ben ik eigenlijk wel van overtuigd. Ja, dus ik vind het noodzakelijk.

Verpleegkundig handelen:

I: Hoe pak je pijnmeting bij pasgeborenen aan, hoe voer je de handeling uit?

D: Nou vaak zie je eigenlijk heb je een kind als je die in zorg hebt, zie je vaak al hoe een kind erbij ligt zeg maar. Is het heel gespannen, conform die richtlijn, zo heb ik het ook geleerd dat je echt twee minuten observeert, maar eigenlijk nou ja dat is wel ter discussie. Eigenlijk doet niemand dat hier. Maar je weet eigenlijk wel hoe het kindje erbij ligt.

I: Omdat je het kindje vaker ziet?

D: Nou ja omdat je hem gewoon in zorg hebt, dus je hebt gewoon je blik daarop natuurlijk.

D: Wat was je vraag nou? Sorry.

I: Geeft niks, wij herhalen het gewoon. Hoe pak je pijnmeten bij pasgeborenen aan, hoe voer je het uit?

D: Je observeert vooral

I: Heb je een lijst bij je?

D: Nee, niet per se tijdens het observeren. Het is gewoon kijken naar het kind en daarna heb je de lijst erbij. Die klik je aan en dan kan je er gewoon op scoren. Dan weet je wat je hebt gezien en dat is eigenlijk heel eenvoudig. Je hoeft niet met een lijstje erbij te staan en aan te vinken. En als je dat uitmuntend wilt doen dan moet je echt twee minuten kijken naar het kind, even een wekkertje zetten en verder niks.

I: Is een pijnscore afnemen bij een pasgeborene routine op jullie afdeling net als de vitale functies?

D: Ja dat hoort er wel bij, absoluut. De eerste 24 uur postpartum is het een keer per dienst en komt daar een score uit om pijnbehandeling te starten dan vervolg je dat natuurlijk. Anders kan je dat afsluiten, dat doe je eigenlijk ook niet meer. Mocht een kind weer ziek worden of zich niet lekker voelen of van alles zie je daaraan. Eigenlijk bij het kopje neurologie zeg je ook al dit kind is oncomfortabel, direct start je dan ook gewoon de Leuvense. Je wilt natuurlijk weten hoe oncomfortabel het kind is en of je er iets mee moet.

I: Op welke momenten meet je het?

D: Een keer per dienst in rust, niet als een kind wakker is. Maar in rust.

I: In rust bedoel je dan, wanneer een baby'tje slaapt?

D: Ja klopt

I: Per dienst is dus de dagdienst, avond en nachtdienst?

D: Ja, dus een keer per acht uur.

I: Wat doe je met de uitkomst van een pijnscore?

D: Die zet ik en in de rapportage en die bespreken wij dan s 'ochtends tijdens de visite met de arts, maar is die hoger dan vijf, dan bel ik de arts met hey ik heb hier een Leuven van zeven, ben je het er mee eens dat ik met paracetamol start.

I: En komt de arts dan ook nog kijken naar aanleiding van de pijnscore?

D: Dat ligt er een beetje aan wat de situatie is natuurlijk, want als een kind hier gewoon respiratoir insufficiënt is of er nog meer mee is. Dan zou het kunnen dat de arts nog komt onderzoeken. Maar waarschijnlijk zegt hij ook gelijk doe maar, want die wil ook, want dat oncomfortabel zijn beïnvloedt dat alleen maar meer. Maar dat zou kunnen, maar als een kind met bijvoorbeeld een vacuüm extractie is geboren en ik zeg Leuvense zoveel, nou dan is het natuurlijk prima en vaak heeft de arts dan het kind al gezien.

I: Kun je volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar interventies toe te passen?

D: Ja, jawel

I: De laatste vraag, dan zijn wij er al.

I: Neem je naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Het is ook niet alleen pijnmeting, maar het is natuurlijk ook het meten van oncomfortabel zijn. Dat zijn een beetje twee aparte dingen. Maar bijvoorbeeld een kindje dat hier komt met een moeder die drugs of alcohol heeft gebruikt tijdens de zwangerschap, die moet enorm afkicken en is daardoor ook enorm oncomfortabel. En dan hoeft dat niet eens pijn te zijn door een vacuüm of een complicatie tijdens de partum. Alleen doordat ontwennen en dan doen je ook een ontwenningsscore hoor. Dus daar doe je ook wel interventies op, zeg maar. Maar goed dat houdt je wel naast elkaar, houdt wel rekening met elkaar.

I: En zijn er nog andere factoren die je meeneemt, waar je naar kijkt?

D: Ja sowieso kijk je natuurlijk..uhm.. Ja daarom is het ook wel een voorwaarde dat een kind in rust moet zijn, een gevoed kind in rust. Nou ja daar hou je rekening mee. Verder zou ik het niet weten, nee.

Interview 2 VPK

Achtergrondinformatie:

I: Wat is uw leeftijd?

D: 53

I: Welk opleidingsniveau heeft u?

D: Ik heb ooit mbo-v gedaan en daarna de kinderaantekening en daarna de neonatologie intensive care specialisatie.

I: Heeft u ervaring met het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen?

D: Ja, zeker.

Kennis betreft pijnscore meten bij pasgeborenen:

I: Bent u geschoold in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen?

D: Ja.

I: Op welke manier?

D: Uiteraard tijdens de opleiding wordt hier aandacht aan besteed, daarnaast de klinische lessen verzorgt door collega's. Dit zijn vaak collega's die bezig zijn met de opleiding en die voor hun scriptie een klinische les moeten houden. En op het moment dat het ingevoerd wordt, want het verandert nog weleens. De laatste die ingevoerd is, is door een collega gedaan die uit het zuiden van het land kwam, dat was de Leuvense pijnscore. Het is ook keurig aan ons uitgelegd hoe dat werkte, wij hadden allemaal formulieren op de computer waarop stond hoe dat werkte.

I: Bent u bekend met de richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen?

D: Vast wel, maar dan moet ik even heel diep nadenken. Als jij het dan zegt wat het dan inhoudt dan denk ik 'ooh, ja' ik weet het.

I: Dat is aan jou om dat toe te lichten, wat jij denkt wat de Richtlijn inhoudt.

D: de Richtlijn... Wat ik weet van hier dat wij bij elk kind wat geboren wordt een pijnscore moeten afnemen. Zoveel mogelijk, zoveel mogelijk scoren.

I: En zoveel mogelijk scoren wat houdt dat in?

D: Zoveel mogelijk kinderen scoren, want het wordt namelijk heel vaak vergeten. Omdat je heel druk met andere dingen bezig bent. Maar ook de kinderen die van buiten binnen komen, ze willen graag dat elk kind een uitgangsscore heeft. En op het moment dat die score boven de zoveel is, getal weet ik niet hoor, dan mag je een paracetamol geven in overleg met de arts, en een uur later scoor je weer dat rapporteer je uitgebreid wat je ziet, wat je actie is en wat je resultaat is. Ik denk dat dat is wat je bedoelt?

I: Kunt u kort aan ons uitleggen waarom u een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

D: Nou... ik denk dat het sowieso, we werken hier op een afdeling met ziek pasgeborenen en te vroeggeboren kinderen, sowieso sta ik wel achter het idee dat je elk kind even moet scoren. En dat klinkt als iets heel groots, maar eigenlijk is dat al wat je doet op het moment als het kindje binnenkomt. Je kijkt al hoe het met het kindje gaat, je kijkt naar zijn gezichtsuitdrukking, zijn kleur, hoe gedraagt hij zich. Dus eigenlijk deden we het altijd al, maar nu door het te meten en het een cijfer te geven is het natuurlijk beetje meetbaarder en meer tastbaarder. Ik denk dat het sowieso goed is om een uitgangswaarde te hebben, want als je het kindje nieuw binnenkrijgt dan is het goed om te weten, hoe scoort hij? Heeft hij pijn of niet?

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

D: Welke complicaties... uhm... nou dat kunnen best wel veel dingen zijn. Je hebt natuurlijk als je hele zware kinderen hebt die met de vacuümpomp geboren worden. Dat is wat wij veel zien, die hebben natuurlijk erg veel hoofdpijn, dat is natuurlijk een aanname van mij, maar dat is iets wat je meet en ook wat je kunt verklaren. Door zo'n vacuüm op je hoofd, daar kan je enorm hoofdpijn aan overhouden. Ehh... ze kunnen moeizaam geboren worden, waardoor een arm breekt of een sleutelbeen breekt, het kan een hele snelle bevalling zijn, waar ze ook niet altijd heel fit uitkomen. Ze kunnen per ongeluk een hele lading bloed nog mee krijgen van de moeder waardoor ze zich heel naar gaan voelen. Dus dan een hoog HB.

D: Je hebt het alleen over de gewone bevalling hè? En niet over de sectio's, keizersneden?

I: Nee, laten we het op de gewone bevallingen houden.

D: Meest voorkomende is die vacuümextractie en een tangverlossing maar die zien we gelukkig niet veel meer. Die is ook heel naar. Traumatische bevallingen die veel ellende voor kinderen kan opleveren.

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

D: Welke interventies... Welke interventies nodig zijn, bedoel je dat? Hoe bedoel je dat?

I: Welke interventies veroorzaken pijn...

D: Oooh welke handelingen je doet.

I: Ja.

D: uhm... Nou in ieder geval prikken staat wel bovenaan het lijstje, want de kinderen die hier terecht komen, moeten vaak geprikt worden voor bloedonderzoek. Of om een infuus te krijgen, sowieso denk ik al dat geboren worden niet leuk is. Je komt ineens van een warme omgeving in een koude omgeving dus het lijkt me ook al heel schokkend voor een kind. Maar goed, dat sluit waarschijnlijk niet goed aan bij jouw vraag.

I: Maar bloedprikken is dus een interventie.

D: Als je een kindje hebt die erg ziek is als die geboren wordt, dan moet ook vaak een lumbaalpunctie gedaan worden. Dat is ook pijnlijk en niet leuk. Als je het hebt over een kindje met een gebroken arm of sleutelbeen dan is eigenlijk elke aanraking die je doet of verzorgingsmoment wat je doet al pijnlijk.

Sonde inbrengen, veel te vroeggeboren kinderen moeten een sonde krijgen om gevoed te worden, is ook geen leuke handeling. Als je kinderen hebt die geboren worden en niet lekker doorademen, die worden aan een apparaat gelegd, in het ergste geval worden ze geïntubeerd. Ze kunnen dan morfine krijgen, ze worden dan gesedeerd. Soms komen ze aan de CPAP terecht, wat bevestigd wordt aan de neus. Dit is ook niet fijn. Zo heb ik wel wat dingen benoemd, volgens mij.

I: Absoluut.

Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen:

I: Wat verstaat u onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: Een goed pijnbeleid bij de pasgeborene is dat je een goeie oplaaddosis pijnmedicatie aan het kind geeft en dat daar niet te lang mee gewacht wordt maar dat er vlot geacteerd wordt op dat het kind pijn heeft. En dat het dan ook de pijnmedicatie voorgeschreven wordt niet op basis van zo nodig maar dat er gewoon voorgeschreven wordt, 4 keer daags, zoveel milligram en dan ruim in de dosering zetten. Dat is hier altijd wel een dingetje omdat je soms met hele kleine baby's werkt. Dus je kunt ook niet over doseren. Maar gewoon een adequate pijnstilling waarbij je een spiegel opbouwt die je ook echt handhaaft gedurende aantal dagen. Dat is voor mij een adequaat pijnbeleid.

I: Vindt u dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg?

D: Dat is een hele goed vraag. Wil je hem nog een keer stellen?

I: Herhaalt de vraag.

D: Ja, ik denk het wel. Kijk, ik zit al 30 jaar in het vak. We hebben vroeger, mag je nu niet over praten, werkten we nooit met scores. Maar was een puur je klinische blik wat eigenlijk afdoende was. Maar ik denk nu in deze tijd waarbij je zoveel nieuwe collega's moet opleiden dat het gewoon wel goed is. Dat het ook goed is voor ons allemaal. Gewoon bewust kijken naar hoe het met een kindje gaat en dat je bewust alle kenmerken bij langsgaat dat bij pijnbeleving hoort en dat je daar ook iets mee doet. Dus ja, ja ik denk wel dat het bijdraagt aan kwaliteit. Ja.

I: Bij welke pasgeborenen (vanaf 36 weken) zou er volgens u een pijnscore moeten worden afgenomen?

D: Bij welke?

I: Bij welke zieke pasgeborenen.

D: Ja, juist. Ik denk bij elke zieke pasgeborene.

I: Wanneer is een pijnscore afnemen, volgens u niet nodig?

D: Bij een gezonde pasgeborene, maar die komt hier (afdeling Neo) eigenlijk ook niet terecht. We hebben natuurlijk wel eens kinderen die heel slecht drinken, dus dan..., maar ook dan denk ik dat het goed is als beginwaarde, als een kind wordt opgenomen met 'hij drinkt slecht', ook dan denk ik dat goed is, kijk eens even naar het kind en neem een pijnscore af. Dat betekent dat je heel bewust gaat kijken, wat zie je allemaal. Het kan natuurlijk best zijn dat, als je het kind goed bekijkt, en je bekijkt hem in zijn mond, dat je ontdekt dat hij zijn mond vol heeft met spruw waardoor hij slecht drinkt, dan heb je meteen al, met als je het kind bekijkt de oorzaak van slecht drinken.

I: Wat zijn de voordelen en nadelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: uhm, de voordelen zijn denk ik dat je leert te kijken naar de signalen die er zijn die aangeven dat er pijn is, dat je gewoon kunt kijken heeft een kind pijn ja of nee.

I: Dat is een voordeel daarvan, kan je ook een nadeel benoemen van gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Nadeel is dat je, het voelt toch een beetje als een druk, in die zin dat je opgelegd krijgt dat iedereen een pijnscore moet afleggen. Er ligt ook vaak druk op ligt, een nadeel vind ik, dat er vaak iets van af hangt, er wordt vanuit de mensen die leidinggeven gezegd, 'je moet zoveel scoren' want dan kunnen we er iets mee verdienen, een smiley, of iets van een sticker krijgt, nou dit is... hier wordt... Nou dat voelt een beetje als, nou als we het daarvoor moeten doen. Is natuurlijk wel goed, maar ik vind het een nadeel, het heeft een negatieve lading brengt dat met zich mee. Zo van, moeten we nou gaan meten, omdat we er zo nodig iets mee kunnen verdienen? Dat zou niet nodig moeten zijn.

En het brengt altijd weer, het kost je tijd om het weer in te voeren, weer de juiste papieren op te zoeken in het dossier waar je het op moet invullen, dat is een nadeel.

I: administratietijd?

D: Klopt, de administratie.

I: Is het invoeren van pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk?

D: Ja.

I: Kan je dit toelichten?

D: Omdat ik denk dat daar kinderen soms ook als ze geboren zijn, pijn kunnen hebben. En dat merken ze natuurlijk snel genoeg omdat zo'n kind gaat liggen kreunen, dan wordt er al een kinderarts bij geroepen. Maarja goed, weet je, je zegt het wel, is dat nodig, maar vaak als zij daar geboren worden dan worden ze ook al goed bekeken, lijkt mij in die zin van, hoe ligt het kind erbij, wat is de kleur, hoe gedraagt ie zich, lijkt het alsof ie pijn heeft? Maar ik denk wel dat het een goede zaak is. Ja.

I: Dus het is wel noodzakelijk?

D: Ja. Zou ik wel doen.

Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen:

I: Hoe pakt u pijnmeten bij pasgeborenen aan/ hoe voert u deze handeling uit?

D: Pijnmeten bij pasgeborenen, ja... dan moet ik even nadenken. We hebben natuurlijk de Leuvense Pijnscore, dan worden ze gescoord op een aantal dingen. Dus dat zoek je op in de computer en daar staat precies op waar je op let. Dat heeft te maken met de hartactie, met de ademhaling, het gedrag, de kleur of ze liggen te kreunen, hoe de houding is, of het kind ontspannen is, ja of nee, de handjes gespannen zijn, gebald, of de voetjes, het kindje met kromme tenen ligt ja of nee.

I: Ja, dat kan je dan allemaal...

D: Ja, dat kan je allemaal afvinken. Wil je het precies weten, want dan moet ik het even opzoeken...

I: Nee nee, jouw woorden zijn genoeg.

D: Oké.

I: Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op jullie afdeling, net als de vitale functies: hartslag, bloeddruk, ademhaling, temperatuur?

D: eeuuh ja, volgens mij wel, ja volgens mij is het wel routine, tenminste die vitale functies meten doe je sowieso. Dusseh, maar nee als je bedoelt van of het ook gebeurt... het zijn er heel veel die het vergeten in te vullen. Aan het einde van de maand krijgen we dan op onze sodemieter in de nieuwsbrief, zo van, 'er is te weinig op gescoord op de pijnmeting, denk er even om dat je de kinderen scoort die binnen komen'.

I: Dus eigenlijk zeg je, het zou routine moeten zijn, maar dat is het niet.

D: Nee dat is het niet. Het is dus geen routine. Kijk dat helpt toch dat je even meehelpt.

I: Op welke momenten meet u pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: In ieder geval als ze binnenkomen. En eeh... op welke momenten... Je kunt het eigenlijk op elk moment doen. Als je een kind met pijnscore hebt, waarbij je iets moet doen, paracetamol geven, dan ga het na een uur weer opnieuw doen en anders kan je het iedere drie uur doen. Met de verzorging neem je het mee.

I: Oké.

I: Hoe vaak meet u pijn bij pasgeborenen vanaf 36 weken?

D: Om de drie uur.

I: Ja, oké.

I: Wat doet u met de uitkomst van een pijnscore?

D: Uuhm... dat hangt ervan af hoe de score is. Als die nul scoort hoeft je er niets mee te doen. En op het moment dat je denkt van het kind is lang niet lekker, je ziet natuurlijk wat en je

scoort. Dus je gaat tellen en dan scoor je wat. Dan ga je bellen met de arts-assistent om te overleggen.

Een aantal van ons zijn heel voortvarend hoor, met name de oudere collega's die, als het kindje binnenkomt, die zijn eigenlijk meteen dat als het kindje niet comfortabel is, he dat is natuurlijk wel een ruim begrip. De arts-assistent is er dan vaak bij, eigenlijk zonder dat we daadwerkelijk zijn gaan tellen wat ie nou scoort, zeggen we al van goh, dit kind heeft recht op paracetamol, zullen we starten. De arts-assistent kan dan bepalen hoeveel milligram hij wil geven. Maar soms geven we ook alvast zelf ook wel.

I: Dus zonder de pijnscore dan eh...

D: Ja dus, ook zonder te overleggen met de arts-assistent. We hebben al paracetamol gegeven, zeg even of je het eens bent met het aantal milligrammen, ja dus een aantal van ons zijn daar heel vlot mee hoor.

I: Kunt u volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen?

D: Ja. Ja vind ik de pijnscore die wij gebruiken, ja vind ik van wel.

De laatste vraag:

I: Neemt u naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Ja, je neemt altijd je persoonlijke ideeën, persoonlijke ervaringen en hoe je natuurlijk zelf eehh...

De een is natuurlijk harder of die heeft hogere pijngrens dan de ander, dus dat is wat meespeelt, maar daarom scoor je ook. Scoren geeft wel een betrouwbare waarde. Dat is dan ook nog weer een voordeel van de pijnscore. Ehm... Wat was de vraag ook alweer?

I: Of je nog andere factoren meeneemt...

D: Je neemt je eigen persoonlijke ervaring mee, je neemt het hele verhaal mee, als jij al mee krijgt in het verhaal dat het een moeizame bevalling was, en het kind moeizaam ter wereld gekomen is, dat de vacuüm er drie keer afgeschoten is, nou dat zijn allemaal dingen, waarvan je denkt 'het kind is er nog niet eens, maar pak de paracetamol alvast maar'. Dus dat speelt wel mee, het hele verhaal eromheen speelt absoluut ook mee.

I: Dan zijn we aan het eind gekomen van het interview. Dankjewel!

Interview 3 VPK

Achtergrondinformatie:

I: Wat is je leeftijd?

D: 27

I: Welk opleidingsniveau heb je?

D: Ik heb hbo-v gedaan en daarna de kinderaantekening en de neonatologie opleiding

I: Heb je ervaring met het afnemen van een pijnscore bij een pasgeborene?

D: Ja

I: Klopt het dat er op de afdeling Neonatologie gebruik wordt gemaakt van de Leuvense neonatale Pijnschaal?

D: Ja klopt

Kennis:

I: Ben jij geschoold in het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen?

D: Nee

I: Ok, dus je hebt geen training gehad?

D: Nee

I: Maar past het wel toe?

D: Ja

I: Ben jij bekend met de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen'?

D: Ja, wij hebben meestal qua pijnbehandeling uhm gebruiken wij het zelf vaak boven de 3 maanden en dan heb je echt een protocol daarvoor en onder de 3 maanden schrijft eigenlijk de arts de medicatie voor en de hoeveelheid aan paracetamols of andere pijnbestrijding. Dus vaak gaat het in overleg en wij weten het zelf ook eigenlijk wel, qua gewicht en leeftijd kun je wel een beetje een inschatting maken, maar in principe is de arts die het voorschrijft.

I: En kun je ook nog toelichten wat dan de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen' volgens jou inhoudt?

D: Nou dat hangt een beetje ook af van de pijnscore en het is ook een beetje gevoel. Als ik het idee heb dat een kind pijnlijk is of discomfort heeft dan overleg ik eigenlijk altijd met de arts. En dan kijken wij samen naar wat het beste is en vaak geven wij hier eigenlijk paracetamol.

I: Kun je kort aan ons uitleggen waarom je een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

D: Nou een baby kan natuurlijk niet zelf aangeven of die pijn heeft ja of nee. Aan de hand van een pijnscore heb je toch wel een beetje achtergrondinformatie en heb je nog gewoon wat extra punten waaraan je kan zien dat een kind oncomfortabel of pijnlijk is. Dus dat helpt je eigenlijk gewoon mee om je gevoel te ondersteunen.

I: Juist

D: Dus het is echt ter onderbouwing van je klinische blik en gevoel

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: Vacuüm, stuit, ja en je ziet het ook nog wel eens bij een niet vorderende uitdrijving. Dus kinderen die heel lang in het geboortekanaal hebben gezeten die hebben een beetje zo'n punthoofd. Je ziet het ook nog wel eens bij mbo's die ze afnemen, dat zijn die prikjes op het hoofd die afgenomen worden om te kijken hoe de PH van de baby (itrunnutrien?3:32) is of in ieder geval tijdens de partus en daarbij zie je ook nog wel eens dat ze wat oncomfortabel zijn en het is maar net hoe groot het plekje is. En dat zijn denk ik wel de drie belangrijkste dingen. En je ziet het natuurlijk ook nog wel eens bij een schouderdystocie of kinderen met een breukje, die zijn vaak wel heel pijnlijk.

I: Dus de complicaties.

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: Wat je aan het kind ziet bedoel je?

I: Nou de interventies, de handelingen die jij dan toepast.

D: Oh die wij doen. Bij een kind die pijnlijk is geef je eigenlijk altijd paracetamol

I: Ja maar welke handelingen veroorzaken pijn, bedoel ik.

D: Oh zo!

D: Nou ja vooral het prikken, infuusprikken, bloedsuikercontroles. Maar daarbij geven wij eigenlijk geen paracetamol, wat wij hier doen is dat wij sucrose geven voor het afnemen van bloed of voor het infuus prikken. En dat is ook wel zo met de CFM, we hebben een CFM die monitort de neurologische activiteit en die plaats je ook met naaldjes in het hoofd. Dus daarbij geven wij ook van tevoren sucrose.

I: Ok duidelijk.

I: Dit zijn de vragen betreft kennis, gaan wij het nu hebben over wat jij over bepaalde dingen vindt, je mening.

Mening:

I: Wat versta jij onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: Dat je aan het kind kunt zien dat het comfortabel is. Ik vind helemaal niet dat een pasgeborene pijn hoeft te hebben. Ik vind het in deze tijd echt niet nodig, dus ik vind dat wij ze zoveel mogelijk comfort moeten kunnen bieden. En dat je kunt bij 36 weken, dan zijn natuurlijk een beetje de randprematur. Daarbij kun je ook al veel doen met inbakeren en niet te veel prikkels, maar ik vind vooral belangrijk dat een kind geen pijn heeft. Dus als het mogelijk is vind ik dat er pijnstilling gegeven moet worden.

I: Vind je dat een pijnscore bijdraagt aan kwalitatieve zorg?

D: Ja

I: En kun je dat ook toelichten, waarom je dat vindt?

D: Ja wat ik nu net ook zei, ik vind niet dat een kind pijn hoeft te hebben. En je hebt vaak wel een onderbuikgevoel en een klinische blik waarbij je denkt hmm het kind is niet helemaal comfortabel, maar die score kan er dan toch wel aan bijdragen dat het toch je klinische blik onderbouwt en zekerheid geeft dat een kind ook echt pijnlijk is.

I: Bij welke pasgeborene vanaf 36 weken zou er volgens jou een pijnscore moeten worden afgenomen?

D: Nou ik vind eigenlijk dat alle kinderen die hier komen een pijnscore afgenomen moet worden. Dat doen wij in principe ook de eerste dag. Dan hebben wij natuurlijk wel verschillende kinderen, sommige kinderen komen vanaf thuis. Maar die hebben natuurlijk ook geen..uhm..die kinderen zijn hier niet voor niets. Dus ik vind altijd wel belangrijk dat je kijkt naar een kind dat pijn heeft..uhm.. Of na een partus of..uhm..als ze van thuis komen, maar ook na een overname. Sommige kinderen zijn echt gewoon heel oncomfortabel van een ambulancerit. Dus ik vind dat het wel belangrijk is. Dus eigenlijk bij alle kinderen vind ik dat wij het moeten doen.

I: Wanneer is een pijnscore afnemen volgens jou niet nodig?

D: Als een kind hier al een aantal weken ligt en je gewoon ziet aan het kind dat het klinisch comfortabel is. Dus dan doe ik het eigenlijk nooit.

I: Wat zijn de voordelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Ja de onderbouwing. Dat je gevoel klopt en dat je ook aan de parameters kunt zien, dus dat je kunt aantonen dat een kind echt pijnlijk is.

I: En heb je ook nadelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Nou een kind kan bijvoorbeeld ook koorts hebben en daarbij helemaal niet oncomfortabel zijn. Maar daarbij heb je al wel snel een hoge ademhaling en een hoge hartactie waardoor je toch wel hoger scoort op een pijnscore lijst. Dus dan is het niet altijd reëel denk ik.

I: Dus dat is wel een nadeel

D: Ja ik vind dat het echt een klinische combinatie moet zijn, dus dat je het kind ziet en daarbij denk het kind is oncomfortabel en dat je dan de lijst erbij hebt en kunt scoren en dan

I: Dus zelf blijven nadenken

D: Ja en vooral naar je kind kijken

I: Is het invoeren van een pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk?

D: En dan bedoel je meer hier denk ik he of het voor ons of voor op de Verlos bedoel je

I: Op de afdeling Verloskunde, ja, want daar doen ze het nu nog niet

D: Ik denk dat het niet bij iedere partus nodig is, maar vooral bij een partus waarbij je een oncomfortabel kind verwacht wel.

I: Dus niet altijd maar

D: Nee het hoeft niet standaard omdat je vooral natuurlijk je klinische blik hebt en als je weet dat een partus prima is verlopen, dan heb je geen..uhm..dan verwacht je ook niet dat een kind heel oncomfortabel is, dus dan zie je dat ook wel aan het kind en als je toch denkt het kind is oncomfortabel, dan vind ik wel dat er gescoord moet worden.

I: Goed, dan waren dat de vragen over jouw mening. Gaan wij over naar het verpleegkundig handelen bij de pijnscore afnemen.

Verpleegkundig handelen:

I: Hoe pak je dat aan, pijnmeten bij pasgeborenen, hoe voer je de handeling uit?

D: Nou ik vind dat je altijd een tijdje naast het kind moet gaan zitten, dus niet even een blik werpen op het kind, alles invoeren, dan heb je soms niet helemaal een reële score. Dus ik vind dat je eigenlijk wel vijf minuten naar een kind moet kijken. Wat ik een handig moment vind om de score uit te voeren is tijdens de verzorging, want dan heb je en het kind in handen en dus dan kan je voelen of het kind hypo of hypertone is. Je kan zien hoe het kind reageert of het overstrekt of het oncomfortabel oogt en eigenlijk ben je dan altijd dan ook altijd 10 minuten bezig en heb je het kind in ieder geval goed gezien en heb je het ook even de tijd gegeven. Want soms is het echt een moment opname en soms kan een kind een minuut heel comfortabel zijn en een andere minuut weer heel oncomfortabel. Dus ik vind het wel belangrijk dat je een tijdje naar het kind kijkt en niet baseert op een blik van drie seconden.

I: Is een pijnscore afnemen bij pasgeborene routine op jullie afdeling?

D: Ja

I: Zoals de vitale functies hartslag, bloeddruk

D: Ja, bloeddruk doen wij niet altijd. Daar moet echt een indicatie voor zijn. Maar de kinderen in ieder geval op de high care liggen eigenlijk altijd aan de monitor. Dus dan kijk je ook naar de hartactie, de ademhaling, de temperatuur is natuurlijk belangrijk. Maar ook als je het kind zelf in handen hebt tijdens een verzorgmoment dan neem je eigenlijk heel veel punten wel mee. Dus ik vind het wel routine en eigenlijk neem je het iedere dienst wel mee.

I: Dan heb je het over de zorgmomenten he?

D: Ja, het is dan niet altijd bewust dat je de pijnscore afneemt. Maar je hebt het kind wel iedere drie uur of iedere zes uur in handen, dus dan ga je eigenlijk alles wel bij langs. En op indicatie vul je dan de pijnscore in en de eerste twee dagen postpartum of de eerste twee dagen van opname is het goed zien. En dan moet je het sowieso iedere dienst doen.

I: Ok, goed

I: Misschien heb je het al een beetje..maar je mag nog wel even vertellen op deze vraag. Op welke momenten meet jij bij pasgeborenen de pijn?

D: Ja, tijdens de verzorging. Dat is het meest reële moment, omdat je het kind dan helemaal ziet en dan ook kan aanvoelen hoe het kind zich voelt.

I: Dus elke keer als jij..uhm.., corrigeer mij als het niet goed is, maar als jij dienst hebt dan scoor je en kijk je naar het kindje.

D: Ja ik kijk dan altijd naar het kind en alles eromheen en als ik het nodig vind dan scoor ik een pijnscore erbij. Maar als je natuurlijk een kind hebt wat hier al drie weken ligt waarvan ik weet dat het comfortabel is, dan hoeft ik het niet te scoren omdat ik weet dat het kind laag daarop scoort. Het is dus meer automatisme als je vindt dat een hartactie afwijkend is en het kind oncomfortabel oogt dan doe je een bewuste pijnscore.

I: Ja, ok duidelijk

I: Nou op welke momenten hebben wij gehad. Hoe vaak meet je pijn bij pasgeborenen vanaf 36 weken?

D: In principe is de afspraak volgens mij, de eerste twee dagen iedere dienst en dan op indicatie

I: En wat doe je met de uitkomst van een pijnscore?

D: Dat is natuurlijk afhankelijk van de uitkomst. Als het goed is dan is het gewoon goed, dan hoeft je er verder geen verdere actie op te ondernemen. Als de pijnscore te hoog is dan overleg je met de arts of je pijnmedicatie moet starten.

I: Is dat dan een bepaalde score vanaf dat je dan de arts inlicht?

D: Ja op den duur staat er wel, volgens mij als je boven de zes hebt staat er ook wel schakel een arts in of het kind is wel of niet pijnlijk of oncomfortabel.

I: Kun je volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen?

D: Vind ik niet. Ik vind een pijnscore een toevoeging. Ik vind niet dat je..uhm..bijvoorbeeld alleen op monitorwaardes je pijnscore in kan vullen en dan kan zeggen het kind is oncomfortabel. Ik vind je klinische blik het meest belangrijk..uhm..en ik vind de pijnscore een aanvulling, een toevoeging om het te onderbouwen en niet andersom.

I: De laatste vraag voor jou.

I: Neem je naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Ja, ik kijk ook wel naar de voorgeschiedenis, of er een mogelijke oorzaak is waarvoor het kind pijn heeft. Als ik weet dat een kind bijvoorbeeld een schouderdystocie of een vacuüm dan zou ik eerder paracetamol geven dan als ik weet dat een kind een prima bevalling heeft gehad. Dus er zijn wel, de voorgeschiedenis neem ik altijd wel mee en inderdaad ook hoe ligt het kind erbij en hoe presenteert het kind zich klinisch. Dus dat zijn wel dingen die meespelen voor mij.

I: Dank je, dat waren de vragen.

Interview 4 VPK:

Achtergrondinformatie:

Interview 4 VPK

Achtergrondinformatie:

I: Wat is uw leeftijd?

D: 52

I: Welk opleidingsniveau heeft u?

D: Ik heb het IC Neonatologie diploma, nog de ouderwetse.

I: Hoelang bent u werkzaam op de afdeling Neonatologie?

D: 33 jaar. Niet echt op de afdeling neonatologie. Ik heb natuurlijk de in service opleiding gehad, dus 29 jaar.

I: Klopt het dat u op de afdeling Neonatologie gebruik maakt van de Leuvense Neonatale Pijnschaal?

D: Ja. Ja.

Kennis betreft pijnscore meten bij pasgeborenen:

I: Bent u geschoold in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen?

D: Ja.

I: Zo, ja op welke manier heeft u hier scholing over gekregen?

D: Samendoen. Wat vind jij ervan, wat is wel en geen pijnsignaal bij een kind.

I: Dus geen aparte training maar door middel van het samen doen.

D: ooohh... dan moet ik echt diep graven. Het is heel lang geleden. Ik denk wel dat er een klinische les over is geweest, maar dat weet ik echt niet meer. Maar ik denk het wel. Hier gaat niets naar binnen zonder iets.

I: Bent u bekend met de richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen?

D: Nee, moet wel maar...

I: Kunt u kort aan ons uitleggen waarom u een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

D: Waarom? Om op tijd te kunnen constateren wanneer een kind behoefte heeft aan pijnmedicatie of dat je door een handeling iets kan verlichten. En ehm... ga eerst maar verder, misschien komt die vraag nog wel, voordat ik verder begin te ratelen...

I: Dan parkeren we die nog eventjes.

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

D: Alles waar hulpmateriaal bij komt.

I: Kan je dat...

D: [Voorsteps? 3:17] Vacuüm, expressie bij de moeder en ik denk de bevalling op zich ook. Het kan niet prettig zijn voor een kind. Keizersnede als je eruit geropt wordt. Merendeels is met hulpmateriaal.

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

D: Dat zijn er natuurlijk een hele hoop... eeehmm, welke interventies doel je op? Op ziektes?

I: Interventies, wat voor handelingen je toepast bij een baby wat pijn kan veroorzaken.

D: Dat is ook alles, pijn bij prikken, infusen, ook hulpmiddelen, alles wat van extern komt, geluid, herrie, ja dat kan heel veel zijn.

Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen:

I: Wat verstaat u onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: In ieder geval is de Leuvense Pijnschaal al een score die je kan doen zodat je op tijd ergens bij bent. Als je het niet doet, ben je er soms ook niet op tijd bij. Maar er zijn natuurlijk

andere signalen van kinderen waardoor je al eerder pijn kan zien dan dat je hem scoort. Want die score is 1 keer per dienst bij ons en daarnaast heb je natuurlijk nog veel meer momenten waarop een kind pijn kan hebben. Dat valt niet altijd synchroon met de Leuvense Pijnschaal, maar het is wel een herinneringsmoment.

I: Dus goed pijnbeleid hoeft dus nog niet eens te zeggen dat alleen het pijnmeetinstrument de Leuvense... Maar jij verstaat onder goed pijnbeleid dat je gewoon op tijd... ehm...

D: Nou, weet je, dat op tijd is afhankelijk van wanneer je hem scoort. En wij zijn meestal voor die Leuvense pijnschaal aan, maar je kan wel de pijn heel goed vervolgen, door het wel te doen. Het is wel, ja, wij staan niet voor niets aan het bed denk ik, maar het is gewoon een meting die 1 keer per dienst gedaan wordt en ook met name als je met pijnstilling begint, dan moet je hem zeer zeker vervolgen en dan zie je ook vaak wel reactie en zie je een verschil met de vorige Leuvense Pijnschaal.

I: Vindt u dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg?

D: Ja.

I: Wilt u dit toelichten?

D: Nou dat is wat ik zeg, je kan de pijn heel goed vervolgen. Er kunnen momenten zijn waarin je het heel druk hebt, en dat je er overheen vliegt, en dan moet je toch die score doen en dan moet je bewust even gaan kijken. En natuurlijk moet dat eigenlijk tijdens je dienst gewoon kunnen, dat je dat blijft doen, maar soms zijn die momenten er niet en dan word je er wel even op gewezen 'hé je moet die score nog even doen'.

I: Bij welke pasgeborenen (vanaf 36 weken) zou er volgens u een pijnscore moeten worden afgenomen?

D: Vanaf hoeveel weken...?

I: Nou vanaf 36 weken. Dus bij welke zieke pasgeborenen zouden volgens jouzelf een pijnscore afgenomen moeten worden.

D: Ja, dat is standaard hier (afdeling Neo) bij iedereen. Alles wat hier binnenkomt. En ik vind ook wel dat dat moet. Dan heb je een uitgangswaarde en dan kan je ook verder.

I: Wanneer is een pijnscore afnemen, volgens u niet nodig?

D: Wel nodig. Moet je wel doen.

I: Wat zijn de voordelen en nadelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Het voordeel: het attent zijn, heeft iemand wel of niet pijn, je kan het dus vervolgen, je kan zien of het effect heeft op de medicatie of niet, of het dan meer moet of... en ook de beleving van een kind checken. Want soms liggen kinderen ook niet lekker en dan doen ze dezelfde grimas, maar dan liggen ze gewoon niet lekker en dan kan je er ook op handelen.

I: Kan je ook nadelen van het pijnmeetinstrument opnoemen?

D: Ehm, dat is de verschillende mening, over wat vindt iedereen wat, daar moet je hele goede richtmeting over hebben, over wat vind jij een fronsend hoofd of een kreunend kind. Daar moet je hele goede duidelijkheid over hebben, wie vindt wat allemaal.

I: Is dat hier ook het geval?

D: Nee, kortgeleden... nee, nee. We hebben een tijdje stilgelegen. Dat wordt allemaal weer opgepikt straks. Dat we weer synchroon, alles strakgetrokken is.

I: Is het invoeren van pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk?

D: Ja.

I: En waarom?

D: Omdat zij, als de kinderen hierheen komen wij kunnen vervolgen. En ehm... wij zien ook veel kinderen die hier komen bijna standaard allemaal met paracetamol als eerste bij ons krijgen. Nu zien we al wat meer dat kinderen daar wat pijnstilling krijgen. Dus men is er wel attent op, dus ik denk dat het wel wijsheid is. En als we toch een beetje die samenwerking goed willen krijgen, moeten we ook dezelfde dingen gaan doen.

Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen:

I: Hoe pakt u pijnmeten bij pasgeborenen aan/ hoe voert u deze handeling uit?

D: Eh, als we bijvoorbeeld medicatie moeten, een paracetamol.

I: En hoe voer... je hebt een pijnmeetinstrument... ehm.

D: Wij overleggen nog met de artsen natuurlijk, als wij zien van eh... goh wij hebben, je kan ook nog door de pijnscore heen, je natuurlijk de Leuvense Pijnschaal die ondersteunt, maar we hebben ook een klinische blik waar dingen in staan die niet in de pijnschaal staan, en dat complete beeld dan bellen wij vaak, want een hoge hartactie hoeft geen pijn te zijn, je kijkt nog naar veel meer dingen.

Of het kind zich wel prettig voelt en dan is het kwestie van gewoon alles bij elkaar en dan bel je en dan is het altijd in overleg met de arts-assistent.

I: Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op jullie afdeling, net als de vitale functies: hartslag, bloeddruk, ademhaling, temperatuur?

D: Het hoort een routine te zijn.

I: Is het ook zo?

D: Nee.

I: Waarom is er geen routine hierin?

D: Ik weet het niet waarom mensen het niet doen. Ze behoren het te doen.

I: Op welke momenten meet u pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: Dat is 1 keer per dienst. En dan mag jezelf bepalen wanneer je dit doet. En je kan het ook doen wanneer je 'hé ik zie signalen, ik ga nu scoren'.

I: Dat je het dan nog een keertje er extra bijpakt.

D: Nou eh, dan pak je dat moment. Dan doe je hem niet extra. Dan pak je dat moment. Maar dan kan je wel tegen een collega zeggen, dat die moet vervolgen. Dan moet ie wat vaker waarschijnlijk en dan is het ook weer geef je medicatie of niet. Dat moet je zelf wel regelen dat ie erin komt te staan voor de volgende dienst.

I: Hoe vaak meet u pijn bij pasgeborenen vanaf 36 weken?

D: 1 keer per dienst. Mits je dan extra nodig vindt.

I: Wat doet u met de uitkomst van een pijnscore?

D: Dat staat op het papiertje wat je dan moet doen, dan doe je in overleg met de arts-assistente, geef je pijnstilling.

I: Naar aanleiding van de pijnscore...

D: Ja, dan bel je de arts-assistent. Dat is logisch. En dan benoem je nog eventueel de dingen waaraan je het ziet. En dan kan je meestal een paracetamol geven. Daar starten we vaak wel mee, niet met zware medicatie.

I: Kunt u volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen?

D: Nee

I: Zo, nee welke stappen zet u nog meer om tot een interventie over te gaan?

D: Ja. Dan moet je het hele plaatje voor je zien. Het kind hoeft niet eens hoofdpijn te hebben van een vacuüm. Het kind kan ook van een gewone bevalling al last hebben van zijn punthoofd en dan zie je of onrust...of ja... en dan schiet het je te binnen, goh wat was dit voor een bevalling, en dan overleg je gewoon met de arts: 'goh, kunnen we één geven om te kijken of het kind daar rustig op is'. Uiteindelijk beslist toch weer de arts.

I: Dus de voorgeschiedenis en de klinische blik, geef je aan...

D: Ja, én vaak de monitor. Maar weet je, sommige kinderen hebben ook [voorgedraad term?? 13:04] en sommige kinderen hebben niet zo'n hoge hartactie en als die pijn hebben dan blijven die ook weleens onder de hartactiegrens en dan zie je het niet. Dus het is meer het discomfort van het kind zelf.

De laatste vraag:

I: Neemt u naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Ja. Heb ik al verteld.

I: Komt er nog iets anders in je op, dan wat je al hebt gezegd?

D: Ja, ik kan wel dingen bedenken... zoals lawaai om je heen wat het kind kan storen, dat hebben we vaak op de HC, dat je echt pijnlijke kinderen hebt en die herrie waar ze dan wakker van worden. Waarvan je ziet dit is dan ook discomfort.

I: En dan hadden we nog 1 vraag geparkeerd. Kunt u kort aan ons uitleggen waarom u een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

D: Ik had daar zo straks nog wat anders bij, dat ben ik kwijt. Maar het ging erom waarom je het deed. Naja dat heb ik ook al heel vaak uitgelegd.

I: En als je nu naar de vraag hoort, kan je dan nu kort uitleggen waarom de pijnscore wordt afgenomen?

D: Voor het kind. Je kijkt gewoon naar het kind. Waar is dat voor nodig? Voor het kind. Je wilt dat het kind zo min mogelijk pijnprikkels heeft. Want dat is voor zuigelingen niet oké. En het hoeft ook niet meer. Daar hebben we ook andere dingen voor, om troost te bieden. En dat doen we ook wel, voor het infuusprikken aan, weet je wij hebben dat sucrose spul, dat kan je voor sonde inbrengen doen.

Waar wij eigenlijk wel naar toe willen, is wat bij andere ziekenhuizen ook, maar dat is een heel pril begin, dit is nog iets wat wij in discussie hebben, dat moet nog überhaupt, dat is dat wij een extra iemand hebben. Op vele *High Cares* en Neonatologieafdelingen hebben ze een pedagogisch medewerker, die meehelpt met de zorg. Want alle handelingen die je bijna doet is vervelend voor een kind, dus dan zou het mooi zijn als er altijd een troostende factor is. Want wij doen bijna hier niks samen omdat wij een heleboel kinderen onder ons hebben. Kijk die luier verwisselen dat is prima, maar zodra er een infuus in moet of je moet handelingen verrichten wat heel vervelend is voor een kind, ja... daar moet gewoon een troostende factor bij. Soms zijn die handen er gewoon niet.

Dus dan moet je wat anders verzinnen.

I: Ja, ja, dat zou mooi zijn.

D: Dat is een nieuw geluid, wat wij hopelijk, hopelijk ooit, maar dan zijn we wel even wat jaren verder, denk ik.

Interview 5 VPK

Achtergrondinformatie:

I: Wat is uw leeftijd?

D: 63

I: Welk opleidingsniveau heeft u?

D: De oude in serviceopleiding met kinderaantekening.

I: Hoelang bent u werkzaam op de afdeling Neonatologie?

D: in mei 40 jaar. Daarvoor in het UMCG en daarvoor in het oude RKZ.

I: Wauw. En al op de neonatologie. Ja super.

I: Klopt het dat u op de afdeling Neonatologie gebruik maakt van de Leuvense Neonatale Pijnschaal?

D: Ja.

Kennis betreft pijnscore meten bij pasgeborenen:

I: Bent u geschoold in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen?

D: Ik ben niet geschoold.

I: Oké. Dus hoe heb je dat geleerd?

D: Zelf.

I: Met collega's dan... of...?

D: Ja. En ervaring denk ik. Ik zie aan de kinderen wel of ze pijn hebben. Of niet. En wanneer je... ja, ja ervaring.

I: Bent u bekend met de richtlijn pijnmeting en behandeling bij kinderen?

D: Gedeeltelijk. Denk ik.

I: Kunt u dit kort toelichten.

D: Uhm...Waar ik de richtlijn in mee doe... is dat elk kind bij opname of na geboorte gescoord wordt. Als de punten, beneden de 3, 4 zijn dan moet je het nog een keer weer doen, en boven de 7 dan moet je gelijk een interventie of actie ondernemen. En eeehhh.... En daar ligt het wat tussen hoe je doet. Want het kind kan pijn hebben ten gevolge van buikkrampen, dat is een andere pijn dan ten gevolge van een vacuüm extractie dus ja, dat is een beetje...

En je ziet het aan de uitdrukking van het kind, maar ik ben een voorstander van snel paracetamol d'r in te doen en dan ook continueren, want dat is het volgende probleem.

I: Ja, Ja... Ja, Oké. Dankje.

I: Kunt u kort aan ons uitleggen waarom u een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

D: Om te kijken of ie comfortabel is in z'n nieuwe leven, of in z'n ziekteproces. Want je hebt natuurlijk meerdere kanten. Je hebt een kind dat moeilijk geboren is, je hebt een kind dat ziek komt, een kind dat gevallen is, of weet ik veel wat. Het is divers. Je wilt een kind comfort bieden en daar kijk ik naar.

I: Ja en vandaar dat je dan de pijnscore doet.

D: Ja.

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

D: Welke veroorzaken geen pijn, wou ik haast zeggen. Een heleboel veroorzaken pijn. Ik denk dat de stortbevalling, de vacuüm, de voorseps (tangbevalling) deze doen ze eigenlijk niet meer, een langdurige uitdrijving, een kind wat aangezicht-ligging, laat ik zeggen alle liggingsafwijkingen, denk ik, grotendeels. En de langzame en kortdurende partus en met ingrepen, en daar kan ook een sectio bij zijn, want die hebben al lang ingedaald gezeten of die hebben al heel veel stress ervaren voordat ze geboren worden met een keizersnee, dus ik denk dat dat een hele grote groep is.

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

D: Nou, moet ik ze allemaal opnoemen? Nou bij ons: glucose prikken wij, uitzuigen, sondes inbrengen, oogmetingen, ROP-screening, limbaalpunctie, gewoon infuus inbrengen, gewoon echt heel veel.

Mening over afnemen pijnscore bij pasgeborenen:

I: Wat verstaat u onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: Een goed pijnbeleid bij pasgeborenen, denk ik, is dat je naar het kind kijkt, en in een aantal gevallen en daar bedoel ik mee, echt een kind wat een moeilijke start heeft gehad, vacuüm, dat je minimaal 24 uur een juiste dosering paracetamol bij geeft en dan niet bedenkt halverwege van 'nou misschien kan ie wel zonder', want dan mis je je doel al.

En als het kind meer pijn heeft, dat doe ik zelf ook, dat je het wat eerder geeft, want het is toch de dosis, want het is meestal maar 24 tot 48 uur bij de meeste gevallen is dat de interventie dat je het geeft. Dusseh ja.

I: Vindt u dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg?

D: Ja, zonder meer.

I: Wilt u dit toelichten?

D: Ik denk dat je dan met andere ogen, omdat je het doet, ben je verplicht naar het kind te kijken. Om te kijken hoe het kind ligt. Een kind kan ook heel stilliggen, zonder dat je denkt van hij slaapt lekker, terwijl die dan ook zich hartstikke beroerd kan voelen. Dus je kunt met je eigen ogen zien, hoe het kind ligt, wat ie doet en hoe hij zich onderhoudt. Terwijl als je dat onder de kap houdt, dat je denkt 'mwaoh het kind slaapt', pijnscore een nul, dat is heel makkelijk gedaan. En ik denk ook best wel dat dit zo af en toe gebeurt.

I: Dus het draagt zeker bij?

D: Ja, vind ik wel. Ook wat frequenter. Zeker één keer per dienst de eerste tijd en als het nodig is ook wat langer. En ook als je een paracetamol geeft een uur ervoor en erna, een uur later ofzo.

I: Bij welke pasgeborenen (vanaf 36 weken) zou er volgens u een pijnscore moeten worden afgenomen?

D: Vanaf 36 weken? Ik weet het niet...Ik denk dat je het bij bijna alle pasgeborenen, misschien wel alle mag doen. Kijk ik weet natuurlijk niet, wij krijgen alleen de slechte kinderen en kijk als een kind geboren wordt en het ligt heel comfortabel bij moeder gelijk op de borst en het drinkt aan de borst en heeft niets nodig, dan nog kan je een pijnscore doen want dan heb je bewezen dat het nul is. Dat is de andere kant. Maar wat wij (afdeling Neo) krijgen, is allemaal net de andere kant, dus ja ik denk dat het verstandig is, maar die situatie maken wij hier bijna niet mee. Dat is de andere kant. Bij ons vind ik dat de hele populatie gescoord moet worden.

I: Wanneer is een pijnscore afnemen, volgens u niet nodig? Zijn er situaties...?

D: Wat ik net benoemde, als je een normale bevalling hebt. Als wij een kind opgenomen krijgen voor, ja, wat zal ik zeggen, voor iets heel anders, terwijl die lachend naar je toe kijkt. Officieel moet je alle kinderen beoordelen, die binnen komen en opgenomen worden, maar in een aantal gevallen denk ik van, als die moeder comfortabel ligt, nou dat zie je zo wel. Maarja, als je het niet opschrijft, weet je het niet. Alles heeft te maken met notitie en noteren. Dus ja, dan kom je weer bij de gevolgen en wat jullie ook graag willen horen. Dus ja, alles moet gescoord worden! Hahaha.. Ja! Nee maar zo is het wel.

Maar je kunt het zelf, als je een beetje ervaring hebt, kun je het wel zelf inschalen of het nodig is, ja of nee. Maar goed, dat schaal ik in, misschien schaal jij wel heel wat anders in.

I: Wat zijn de voordelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Wij gebruiken geen pijnmeetinstrument. Het is bij ons natuurlijk objectief natuurlijk de Leuvense pijnschaal. Op 2G (Kinderafdeling) heb je die, als je dat mee doet, die instrumenten met lachende en huilende poppetjes, het voordeel van hoe wij het doen, is dat een pijnmeetinstrument?

I: Ja de Leuvense Neonatale Pijnschaal is een meetinstrument.

D: Oké. Ik denk het voordeel daarvan is, dat je vroegtijdig in ieder geval de kinderen eruit kunt pikken die oncomfortabel zijn. Of direct of op wat langere termijn. Kijk en je weet natuurlijk een hele grote groep die is oncomfortabel. Dus die zal je van tevoren pijnstilling, wij hebben echt kinderen die doen we geen Leuvense pijnschaal, dan zeggen we 'eerst maar eens een paracetamol in doen' en dan over een half uur maar weer kijken. Want je weet gewoon als een kind kreunt met zo'n toeter op de kop dat daar eerst paracetamol in moet en dan maar eens even tot rust komen en dan maar eens kijken wat we verder doen. Dat is je ervaring.

I: Wat zijn de nadelen van het gebruik van de Leuvense, het pijnmeetinstrument?

D: Naja, er zijn... Ik denk het niet, maar ik kan mij voorstellen dat de ene op een ander moment interpreteert dan ik het zou doen. Kijk als ik het op een moment doe waarin hij heel comfortabel en rustig ligt en ik heb het in mijn dienst gedaan en toevallig om half 12 en mijn collega doet het om 12 uur in haar nieuwe dienst heel vroeg, dat je denkt dit kind heeft echt pijn en weet ik veel wat, dat kan. Dat kan altijd. Maar dat is ook, dat ik denk dat je het wat frequenter moet doen in de eerste dagen. Dusseh, en ook benoemen met de overdracht hoe jij het kind vindt. Wij doen de overdracht aan bed als het goed is. Dat je zegt het kind was onrustig, heeft buikpijn gehad, of weet ik veel wat, maar ligt nu lekker te slapen, dus laat hem lekker liggen en stoor hem voorlopig niet, want hij heeft een onrustig avondje gehad. Maar daar hoeft je geen paracetamol voor te geven. Het is afwegen.

I: Is het invoeren van pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk?

D: Ja.

I: Zo, ja waarom?

D: Wat ik daaraan merk is dat zij daar heel nonchalant met pijnbestrijding, wij geven zo vaak kinderen die hier de eerste opvang hebben gehad en dat ze binnen een paar uur terug moeten en dan zeggen wij 'jongens, houd er rekening mee, geef ze de eerste 24 uur paracetamol'. En zet dat in het systeem. En als wij het niet door de artsen in het systeem laten zetten dan beoordelen ze daar gewoon, 'het kind ligt er comfortabel bij, laat maar', ze vergeten het heel snel of ze doen het helemaal niet. En ik denk dat je daar het kind tekort mee doet. Ja, wij proberen ook altijd tegen de arts te zeggen, zet het in het systeem. Een heleboel artsen zetten er dan 'zo nodig'. Paracetamol 'zo nodig' werkt niet. Tis of wel of niet. Ja, voor een interventie dan misschien nog wel, maar niet voor een toeter op het hoofd, dan denk ik dan moet je echt consequent pijnscores doen en 24 uur paracetamol erin.

Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen:

I: Hoe pakt u pijnmeten bij pasgeborenen aan/ hoe voert u deze handeling uit?

D: Ik kijk naar het kind en verder niks. Als het kind comfortabel ligt, geen grimas heeft, geen gebalde vuistjes, geen krommende tenen, ligt lekker ontspannen, lage hartslag, goede saturatie, rustige ademhaling, is ie comfortabel. Ja.

I: En dat neem je dan mee op een lijst, of...?

D: Leuvense pijnschaal. Dat kan je ook zo invoeren. En je zet in je rapportage, de metingen worden genoteerd natuurlijk, je noteert het alleen als het afwijkend is. Dus als het kind comfortabel is, is het prima en dan staat eronder 'is gewoon ontspannen, of...' hè, maar is het kind niet ontspannen dan noteer je dat wel. Want de rapportage moet kort tegenwoordig.

I: Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op jullie afdeling, net als de vitale functies: hartslag, bloeddruk, ademhaling, temperatuur?

D: Ehm... wij hebben daar richtlijnen voor, dat het in elke dienst moet, de eerste dag in ieder geval en de tweede dag zo nodig. Ik doe het wel, maar het wordt heel veel vergeten. Ik weet niet wat ons percentage op dit moment is, maar eh... ik denk niet dat iedereen het doet. Maar er zijn wel richtlijnen voor.

I: Die percentages worden ook bijgehouden dan...

D: Volgens mij doet iemand die in de pijnbestrijding zit dat. En af en toe krijgen wij... maar ik weet van mezelf dat ik het doe. Dat is belangrijk.

I: Op welke momenten meet u pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: Die vraag is eigenlijk al eerder benoemd..., na elke bevalling, na elke moeizame ingreep kan ik me ook wel voorstellen hoor. Maar we geven tegenwoordig ook sucrose voor de pijn. Dat heb je ook al meegekregen denk ik? Dat is helemaal structureel ingevoerd. Daar houdt iedereen zich ook heel erg aan, hoor. En dat is een heel fijn iets. En dat je de handelingen met z'n tweeën doet, dat proberen we wel.

I: En als je dienst hebt, doe je het dan aan het begin van je dienst?

D: Ook dat hangt ervan af. Aan het begin van de dienst is er overdracht en eh, kijk als een kind om 6 uur paracetamol heeft gehad dan hoef ik hem om 8 uur, dan moet ik hem even nakijken margoed je ziet de kinderen, en als die comfortabel ligt dan doe ik het echt niet eerder dan een paar uur later. Want ik denk dat de paracetamol moet weer uitwerken, want met paracetamol zijn de meeste kinderen comfortabel, maar als je ziet dat dat het kind onrustig blijft, hartslag gaat omhoog en je kunt daar geen grip op krijgen. Dat je denkt, wat is de oorzaak dan moet je dus wel even bedenken wat je moet doen.

I: Hoe vaak meet u pijn bij pasgeborenen vanaf 36 weken? Deze vraag is al beantwoord, geloof ik. Dit is 1 keer per dienst?

D: In ieder geval. En natuurlijk een uur na de paracetamol ongeveer. Als je pijnmedicatie geeft dan moet je na een uur, dat moet inwerken, dan moet je kijken of het geholpen heeft. En helpt het dan niet dan moet je overleggen met de arts om te kijken of je nog iets anders kunt doen, of sucrose, andere houding, weet ik veel wat. Maar, ja dat is dan de volgende stap.

I: Wat doet u met de uitkomst van een pijnscore?

D: Wat wij daarmee doen? Nou wat ik zeg van, als ik vind dat het kind, ik geef laagdrempelig paracetamol trouwens hoor, eeehhh, wij moeten het overleggen met de arts. Hè maar een kind kan bij mij een 0 hebben op de pijnscore. En 2 uur later wel pijn hebben, want een bloeding kan ook dikker worden. Dan zal ik overleggen of die paracetamol mag en dan zit ie bij mij in het systeem. En ik vul zelf al in de activiteitenplan hoe vaak de Leuvense Pijnschaal moet, zodat de collega's het niet vergeten.

I: Kunt u volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen?

D: Nee.

I: Zo, nee welke stappen zet u nog meer om tot een interventie over te gaan?

D: Eerst kijken of het geen vieze luier is. Gewoon eerst het kind volledig observeren. Nakijken of er iets fouts zit. Of er een infuus naast loopt, of dat er een poepluier zit, of dat ie buikkrampen heeft. Gewoon eerst het kind kijken en als het daar niet op reageert dan kunnen we, soms zijn kinderen onrustig, sommige kinderen zijn dat gewoon, eeh comfort geven. En als dat niet helpt dan moet je maar over nadenken of paracetamol of naah eerst een arts ernaar laten kijken dat is ding 1, hè want dan is het meestal wel wat aan de hand. Hè maar dan is het hier wel dat ik eerst een arts ernaar laat kijken, en pas dan overleggen, eerst temperaturen natuurlijk, alles neem je mee en als je daar geen vinger op kunt krijgen dan eerst de arts maar naar laten kijken en als die er ook geen vinger op krijgt dan moet je sucrose, dat is bij ons een standaard ding en eventueel een proefparacetamol, kijken of dat wel werkt.

De laatste vraag:

I: Neemt u naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Ja. Eigenlijk wel. Jij kan op je vingers wel natellen, als jij zo'n bult op je kop hebt, en weet ik veel wat, en het kind is beroerd en weet ik veel, dan weet je gewoon dat ie pijn heeft. Dus, daar wordt niet eens een pijnscore afgenomen, daar wordt gelijk, en dan het liefst nog een oplaaddosis, gewoon even goed het spul pakt.

I: En ook nog andere factoren? Naast je klinische blik? Zijn er dan nog andere factoren die je nog meeneemt om te bepalen wat de ernst van de pijn is?

D: Ouders. Dat is ook een belangrijke groep, want die zien meer aan hun kind dan wij, omdat wij natuurlijk allemaal 8 uur werken of nog minder. Dus ouders die kunnen heel goed zeggen als er wat met hun kind is. En verandering van gedrag zeg ik wel eens. Ik weet niet hoe je dat... eeehh... we hebben daar pittige kindertjes liggen waarvan je weet dat ze de hele avond etten en zeuren en bellen en bewegen. Maar als zo'n kind opeens heel stil gaat liggen en je hebt er geen bellen van dan ga ik ook achter m'n oren denken van wat zou er aan de hand zijn.

Interview 6 VPK

Achtergrondinformatie:

I: Wat is je leeftijd?

D: 34

I: Welke opleidingsniveau heb je?

D: Hbo

I: Hoelang ben je werkzaam op de afdeling Neonatologie?

D: Uhm..in totaal, want ik heb ook in een ander ziekenhuis gewerkt..uhm..13 jaar, 14, nou 13 jaar. Ja.

I: Klopt het dat je op de afdeling Neonatologie gebruik maakt van de Leuvense pijnschaal?

D: Ja, dat klopt

I: Nou dat waren alle achtergrondvragen. Een stukje over kennis.

Kennis:

I: Ben jij geschoold in het afnemen van een pijnscore bij pasgeborenen?

D: Ja

I: En zo ja op welke manier heb je deze scholing gekregen?

D: Nou ik ben in Utrecht waar ik mijn opleiding deed, ben ik geschoold in de comfortscale en de kappa. Je moet dan je kappa halen en daar was dat heel uitgebreid met eerst een stuk theorie en signalen enzo van het kind leren herkennen, wat zijn de signalen. En daarna dat je echt een heel aantal kinderen onder begeleiding moest scoren en dat je begeleider ging scoren om te kijken hoe vergelijk je het en op den duur mocht je dat dan zelfstandig. Hier, heb ik denk ik geen opleiding daarvoor gehad, maar door dat je die achtergrond ervaring hebt dat is een veel uitgebreidere nog weer en was het ook niet nodig.

I: Nee precies

D: Maar ik denk dat wij hier vooral doen door samen met collega's

I: Met het doornemen?

D: Ja, maar een echt opleidingstraject ofzo dat hebben wij er niet voor

I: Nee, ok duidelijk

I: Ben jij bekend met de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen'?

D: De protocol wat wij hebben, bedoel je daarmee?

I: Nee, eigenlijk de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen'. Ja dat is een bepaalde richtlijn.

D: Nou, niet zo specifiek maar ik vermoed dat onze protocollen die wij hebben met het meten en behandelen wel een afgeleide zijn van die richtlijn. Dat lijkt mij wel, dus in die zin die richtlijn niet zo zeer maar wel dat wij ook hier gewoon protocollen hebben.

I: En ..uhm..die protocol zou je daar nog iets over kunnen toelichten, wat daar in staat?

D: Uhm..wij hebben een beslisboom dat wanneer je pijnmeting moet doen bij kinderen. Nou, neem bijvoorbeeld een kunstverlossing of iets met een vacuüm of andere naringheid..uhm..of een kind die ziek is of oncomfortabel is, dat je dan gaat scoren. En dat zit dan in die beslisboom van, wanneer moet je actie ondernemen, wanneer ga je dat medicamenteus, met medicijnen doen. En wanneer ga je het zoeken in nog weer andere dingen als comfort en houding en speentjes, sucrose, noem maar op. En dan in die beslisboom staat dan ook heel duidelijk, dat als je start met paracetamol dat je het 24-uur geeft, bijvoorbeeld bij vacuüm en

dat je dan aan de hand van je pijnscores daarna gaat evalueren of het nog door moet of niet. En..uhm..daar hebben wij wel een duidelijke richtlijn voor.

I: Kun je kort aan ons uitleggen waarom je een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

D: Ja, omdat je hard wilt maken waar je zit qua pijn en wil zien van heeft het kind een behandeling nodig daarvoor ja of nee. En dat je ook kan onderbouwen of die behandeling nog nodig is of niet of dat je die pijnstilling eventueel weer kan afbouwen, ja dat doen wij niet. Kan stoppen.

I: Ja, staken.

D: Ja.

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij een pasgeborene vanaf week 36?

D: Nou ja, de kunstverlossingen; vacuüm, kiwi's, tang..zie je niet heel veel meer trouwens, maar zou natuurlijk kunnen.

I: Zei je kiwi's?

D: Kiwi, dat is echt zo'n soort van milde vacuüm. Ja, ik weet niet..ja dat noemen ze hier kiwi. Een zachtere vacuüm, maar geeft net zo'n, ook echt wel last bij het kind. Uhm..als ze vast zitten en schouders enzo in de knel zijn gekomen of armpjes. Je hebt soms fractures wel in de armpjes of sleutelbenen en blauwe plekken, hematomen..uhm..ja hoofdpijn of door heel erg lang ingedaald, heel erg lang vast..uhm..kan ook nog wel eens zijn. Ja en kinderen die ziek zijn, waarbij de moeder zeg maar al, je weet van der is hier echt een sterk verhoogde kans op infectie, die kinderen kunnen ook echt heel naar zijn, omdat ze dan zelf ook echt wel ziek zijn en daar pijn van hebben.

I: Van de moeder heeft een infectie en dan..?

D: Ja, we hebben wel eens moeders die aan het bevallen zijn die al meerdere punten hebben, dat wij zeggen dit is..uhm..nou ja de moeder is ziek en dan betekent het ook dat je ook het kind moet gaan kijken van is dit kind, heeft het een verhoogd risico op infectie maar soms worden er ook kinderen geboren dat je al meteen ziet, die is ook ziek. Kijk die kinderen kunnen ook echt wel pijn hebben en discomfortabel zijn.

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: Uhm..best wel wat denk ik. Haha

I: Je hoeft ze niet allemaal op te noemen, maar..

D: Nou ja ik denk in principe dingen waarin je iets in het lichaam inbrengt. Sondes, infusen dat soort dingen. Wij hebben hier, oh dat hebben ze nu ook op de verloskamers, dat je een saturatiebandje wel eens omdoet, plakkers, dus plakkers loshalen of later bijvoorbeeld met als je bloedsuikers prikt en prikken is al pijnlijk, maar als je later weer die pleister eraf haalt dan is dat natuurlijk ook pijnlijk. Maar dat zijn hele korte momenten. Ja ook kinderen die een pijnlijk iets hebben als een hoofd of een breuk of iets, een manier van vasthouden kan natuurlijk ook veroorzaken dat je ze dan extra pijn doet.

I: Goed genoeg hoor. Haha

D: Ja? Haha je kunt heel veel doen maar uhm vooral medisch handelen is gewoon snel al wel dat, nou ja dat je je bewust van moet zijn dat je wel het kind pijn kunt doen.

I: Dat waren de kennisvragen. Een stukje mening.

Mening:

I: Wat versta jij onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: Uhm..ja het is niet alleen je pijnscores vind ik. Want de pasgeborene, de ene moment liggen ze te slapen en het andere moment zijn ze wakker, jee wat scoor je hoog, maar dan later zijn ze ook weer als ze slapen, heel relaxt als je dan zou scoren. Dus het is wel een overall plaatje en je klinische blik vind ik die heel erg meetelt ook in of je een kind pijnlijk vindt of niet. Dus het is niet zo sec die score maar ook daarnaast ook je algemene bevindingen, dat dan soms wel maakt dat je zegt ik ga toch pijnstilling geven. Maar daarnaast vind ik dat je echt dat je gewoon heel erg naar het comfort van het kind. Hoe ligt het kindje, kan je daarin dingen doen. En het vooral heel erg goed documenteert van wat je ziet aan gedrag bij het kind, welke acties je daarop hebt opgedaan en wat daar het effect van is. Zodat ook je volgende collega's kan zien, van he maar als je dit doet, dat werkt goed bij dit kindje. Dat niet iedereen opnieuw het wiel moet uitvinden. Dat je de ouders heel goed in begeleid, vind ik erg belangrijk, van wat zij kunnen doen om het kind comfort te geven..uhm..nou handson zorg, maar dat is meer op het neo vlak denk ik en niet zozeer bij de verloskunde, meer bij de vroeg geboren kindjes. Ja en als je in het protocol terecht komt dat je pijnstilling gaat geven, dat je ook goed je protocol blijft volgen. Mijn ervaring is ook wel dat ze zeggen, nou ja weet je hij heeft vacuüm gehad, paracetamol gaat hartstikke goed, hij heeft nou geen pijn meer, dus ik geef niet nog een keer weer een. Terwijl je weet dat zo'n kind eigenlijk gewoon wel een a twee dagen hoofdpijn kan hebben. En dat zeggen ze 12 uur later ja hij is misselijk, hij wil niet zo goed drinken ennuh..ja dan denk ik die heeft hoofdpijn. Maar je ziet het aan de buitenkant niet heel erg, maar je moet gewoon, dat kind moet gewoon dan adequaat behandeld worden. Dat je daar strikter in bent vind ik. Nou ja in elk geval goed de richtlijn volgt. Daar zit nog wel een..ook hier vind ik hoor..een leerpuntje.

I: ok, duidelijk van het goede pijnbeleid

I: Vind je dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg?

D: hmm, nou, ik vind niet dat als je een pijnscore doet dat je dan meteen kwalitatieve goede zorg levert. Het is meer het gevolg van die pijnscore wat maakt dat je de zorg kunt optimaliseren. Maar ik vind het wel een onderdeel van. Ja, als je echt vindt dat een kind pijn heeft, moet je het hard maken en moet je het ook kunnen meten om het te vervolgen, zeg maar. En ja dat vind ik wel een belangrijk iets daarin ja. Als je het echt gewoon heel goed invoert en ook structureel met zijn allen doet, dat het dan echt wel de kwaliteit kan verbeteren. Maar niet...

I: niet alleen

D: niet alleen op zich zelf staand, ja

I: Bij welke pasgeborenen vanaf 36 weken, zou er volgens jou een pijnscore moeten worden afgenomen?

D: Bij alle kinderen met een geboortetrauma, bij alle kinderen die, dat je zo'n onderbuik gevoel hebt van nou hmm het is net..ja..iets. Sommige jeuzelen, sommige zijn dan net niet helemaal happy, dan dat je dat dan ook meteen doet. Maar weet je, je kan natuurlijk ook standaard bij elke baby het gaan doen. Maar het is zo'n moment opname. Dus het is een combinatie denk ik van..uhm..wij moeten het hier standaard bij elke opname doen. Ja dus in die zin dat zorgt wel dat je als je hoog scoort dat je het gevolg traject in gaat en dat je het niet mist. Het zou wel een goeie zijn maar, het is ook je klinische blik soms weet je gewoon van dit gaat hartstikke prima en als je dan nog weer scores moet doen merk je wel dat het je ontzettend vertraagd in je tijd weer voor administratie. Er komt best wel weer wat bij kijken, zeker op de verloskamers enzo dat is best druk. En je hebt al veel te rapporteren en te doen en dan vraag ik mij af is het een must bij elk kind? Idealiter zou je het gewoon wel doen natuurlijk maar of het ook echt nodig is? In ieder geval bij elk kind met een geboortetrauma. Haha

I: Wanneer is een pijnscore afnemen, volgens u niet nodig?

D: En dan heb je het echt over de pasgeborenen vanaf 36 weken?

I: Ja.

D: Ja bij die blakende kinderen die het gewoon prachtig doen. Enne, die overal perfect op scoren en aan de borst hangen en meteen alles doen wat je zou willen, dan zou ik het niet persé noodzakelijk vinden. Maar ook daar weer, je onderbuikgevoel en je klinische blik is gewoon, het is natuurlijk niet hard te meten dat, maar het zijn natuurlijk wel de dingen waar je als verpleegkundige toch heel veel aan hebt. Heel vaak, merk je hier (afdeling Neo) ook, dan heb je prachtige waarden en dan kan je het niet hard maken, maar dan zeg je tegen de dokter, 'het voelt toch niet goed'. En 9 van de 10 keer heb je toch wel gelijk dat er dan toch wel iets gaat komen wat toch zorgt dat je in de problemen komt. Dus dan kan je meten wat je wil, maar heb je eerst nog niet. Dus dat is ook hier weer een combinatie.

I: Wat zijn de voordelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Dat het kan objectiveren en dat je het ook kan vervolgen en daar je beleid op kunt aanpassen.

I: Zijn er nog meer voordelen van een pijnmeetinstrument?

D: Ik denk dat het ook heel goed is dat iedereen het op dezelfde manier interpreteert. Dat iedereen het op een eenduidige en dezelfde manier doet.

I: Wat zijn de nadelen van het gebruik van de Leuvense, het pijnmeetinstrument?

D: Ja. Want er zijn heel veel verschillende schalen die je zou kunnen gebruiken. En de ene richt zich meer op het ene en de andere richt zich meer op de andere. En, uhm... Ja, ik vind die wij hebben op zich wel redelijk maar voor mijn gevoel niet altijd even compleet. Ik heb de Comfort-scale nou niet helemaal meer goed in mijn hoofd, het al lang geleden. Ik weet gewoon dat die meer onderdelen had waardoor je gerichter kon scoren. En ik heb hier bij de Leuvense pijnschaal, heb je soms van die punten waarvan je denkt, ja, tis het eigenlijk niet, maar ook. Je kan niet zeggen niet, maar je kan ook niet zeggen wel. Dat het er tussenin hangt en dat je dan niet heel reëel scoort.

I: En heb je het daar weleens over?

D: Ja, we hebben een pijnwerkgroep en daar hebben ze weleens naar gekeken. Maar dit was dan toch wel de meest geschikte want naja, voor die Comfort-scale moet je officieel helemaal geschoold worden. En dan komt er heel wat meer bij kijken. Dus dit was voor hier dan de meest geschikte.

I: Is het invoeren van pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk?

D: Ja.

I: Zo, ja waarom?

D: Naja om tijdig pijn te kunnen signaleren en kunt herkennen. Tenzij het heel goed een geboortetrauma is en gewoon pijn is, klaar. Maar ook kinderen die net niet, net wel... maar ook vooral het vervolg ervan. Dat je eh... afhankelijk van welk protocol wat dan gevolgd gaat worden, dat je als je start wat het traject daarna gaat zijn. En daarin mis ik weleens dingen. En en we hebben hier ook weleens dat wij kinderen krijgen van de afdeling Verloskunde en dan opgenomen moeten worden omdat het dan net niet lekker gaat en dan geven wij een paracetamol omdat wij dan vinden van hé het kind heeft pijn. En dan kan het een half uur later weer retour naar moeder. En dan denk ik, dat had niet gehoeven dan. Dat had ook op de kraamafdeling of de verloskamers gekund. En dat is dan toch jammer dat zo'n kind gescheiden wordt van de moeder, al is het kort gelukkig dan, maar.. ja

Verpleegkundig handelen bij pasgeborenen:

I: Hoe pakt u pijnmeten bij pasgeborenen aan/ hoe voert u deze handeling uit?

D: Je observeert je kind, en je bekijkt dan aan de hand van de pijnscore naar een aantal gedragskenmerken. En afhankelijk van wat je observeert, scoor je. Een 1, 2 of 3 bij de verschillende puntjes en onder aan de streep komt er dan een score uit. Van naja, 0 tot 10 en dan ehhh vanaf 4 of hoger is de afspraak dat wij daar iets mee moeten. Uhm.. naja veelal is dat, dat je sowieso de arts een seintje geeft en dat je... Hier kom je toch snel bij medicatie te pas en dat je paracetamol gaat geven. Maar je hebt ook weleens dat je hoog scoort ondanks je pijnscore en dat je dan gaat zoeken in je comfort en andere handelingen om het kind zo makkelijk mogelijk te maken. En uhm, ja weet je kan er 2 minuten naast gaan staan en het kind helemaal gaan observeren of het is een... als je het kind al een poosje in handen hebt gehad dat je ook dan zegt, 'nee dit is mijn observatie'. Mensen die nieuw zijn zullen er echt naast gaan staan en gaan kijken en de mensen die al wat meer bekend zijn die doen het eigenlijk automatisch in hun zorg en dat je dat observeert en dat je daarna bij de computer zitten, nou hier scoor ik op.

I: Het instrument zit dan al in je soort van gesloten...

D: Jaaah, en onbewust doe je zoveel checks, zeg maar, dat als je een kindje verzorgt dat je heel veel dingen al kijkt en dat je daarna je rapportage dat allemaal beschrijft. Dat is je klinische blik die al ontwikkeld is.

I: Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op jullie afdeling, net als de vitale functies: hartslag, bloeddruk, ademhaling, temperatuur?

D: Dat zou wel moeten. Ja. We hebben de afspraak dat bij elke opname dat je binnen een uur een pijnscore gedaan moet hebben. Afhankelijk van waar je scoort, moet je dat herhalen. Je ziet wel, dat dat geregeld nog wel een keertje niet helemaal goed gaat, dus uhm... Ja, of dat nu ligt aan omdat wij dit bewust vergeten of omdat je vaak complexere situaties hebt waarin andere dingen dan meer prioriteit hebben, denk dat dat ook wel meespeelt.

I: Dus het zou moeten, maar het wordt niet altijd gedaan?

D: Het moet officieel, maar het kan beter.

I: Op welke momenten meet u pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: Bij de kinderen die dus of geboortetrauma's hebben, of waarvan ik het idee heb dat die weleens pijn kunnen hebben of bij opname standaard. Ik probeer het zelf eigenlijk wel altijd in m'n eerste, je vangt het kind op en dan ga je gegevens invoeren, en dan heb ik hem wel altijd wel meteen erbij doe.

I: Is het kindje dan wakker of in slaap?

D: Ja ehm, bij voorkeur in een rustende situatie. De kinderen direct na geboorte die zijn gewoon een uur wakker, die hebben zoveel adrenaline nog. Ik had vanmorgen eentje die heb ik even gescoord, die is hier (afdeling Neo) maar eventjes geweest en direct weer terug naar moeder. Die was wakker. En die scoort een 2 omdat die wakker was. Ja dan, anders zou je zeggen, een rustige slaap... en dan zeggen ze, langer dan zoveel minuten slaap... zoveel minuten slaap of korter dan. Dat is één van de dingen. Slapen doet het kind niet dus dan scoort hij uiteindelijk 2 punten omdat ie nog gewoon niet slaapt. Maarja dit verwacht je niet hier dus daarom vind ik het niet helemaal passend soms.

Maar bij voorkeur scoor je een kind in rust dus, zodat je heel goed kunt observeren van of een kind dan pijnsignalen aangeeft. Dan kun je als een kind wakker of actief is of huilen of honger heeft, dan is het niet reëel.

I: Hoe vaak meet u pijn bij pasgeborenen vanaf 36 weken?

D: Dat hangt er ook vanaf van waar je zit. Kijk heb je een kind die binnenkomt die echt pijnlijk is, waar je interventies op doet, dan meet je het na een uur weer om te kijken of het effect heeft gehad. En afhankelijk of je dan nog weer wat moet doen, herhaal je dat. En anders is het 1 keer per dienst, totdat je 2 keer onder de 4 uitkomt, uit mijn hoofd... Maar ik vind dat 2 of 3 dat een kind dan nog steeds wat heeft, dan is het een aandachtspunt maar dan hoeft het officieel niet meer. Mits je geen pijnstilling geeft. Dan mag je stoppen.

I: Kunt u volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen?

D: Nee. Ik vind het net een moment de situatie waarin het kind is en... ja... de interventies die je ook hebt. Zeg maar. Als je medicamenteuze interventies moet doen, dan moet je wel echt goed onderbouwd hebben dat je echt, echt nodig hebt. Dan kan het niet alleen de pijnscore zijn dat je verder niet kijkt... misschien ligt het kind wel op een dop. Ja dat doet hartstikke zeer als je daar een poos op ligt. En dan ga je paracetamol geven en dan denk je later... nee dus niet alleen.

I: Je zegt dus nee. En welke stappen zet je om tot een uiteindelijk interventie over te gaan?

D: Je kijkt naar de situatie, hoe ligt een kindje, zijn er zaken van buitenaf die het kind pijn kunnen doen? Licht ie inderdaad op een dopje, of... licht ie niet lekker, of... naja noem maar op. Uhm, dat zijn ook al eigenlijk al wel interventies trouwens hoor. Dat je wel signaleert, dat het kind is niet helemaal happy en waar ligt dat aan, maar als je gedaan hebt wat je hebt kunnen doen zeg maar om comfort te bieden en dat heeft geen effect en je blijft een hoge pijnscore houden, ja dan ga je wel over tot medicatie. Met toestemming van de arts welteverstaan.

De laatste vraag:

I: Neemt u naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Ja. Ja de situatie waarin het kind is, ziektebeeld alles eromheen waarom het kind opgenomen is... Naja omgevingsfactoren, hoe ligt een kindje, heeft ie last van andere prikkels en dergelijke. Ja dat zijn dingen die ik absoluut meeneem.

Interview 7 VPK

Achtergrondinformatie:

I: Wat is je leeftijd, als je dat wilt zeggen?

D: 49

I: Welk opleidingsniveau heb je gehad?

D: Uhm...Havo bedoel je, HBO opgeleid?

I: Ja

D: En toen de inservice gedaan en toen de kinderaantekening en toen de...uhm...ik heb de neo-ic nog gedaan. De oude opleiding is dat nog. Ja.

I: Hoe lang werk je al op de afdeling Neonatologie?

D: Uhm...30 jaar ofzo? Dat kan bijna niet he...Ik ben even denken wanneer ik ben begonnen. Nee ik ben in 97 begonnen, dus niet overdrijven.

I: Heb je ervaring met het afnemen van een pijnscore bij een pasgeborene?

D: Ja

I: En klopt het dat je op de afdeling Neonatologie gebruik maakt van de Leuvense pijnschaal?

D: Ja

I: Goed, dat waren de achtergrondinformatie vragen. Stukje over kennis.

Kennis:

I: Ben jij geschoold in het afnemen van pijnscores bij pasgeborenen?

D: Geschoold? Ja? Dat weet ik eigenlijk niet zo goed. Uhm..ja ik denk dat wij gewoon elkaar daarin geschoold hebben. Ik heb niet apart daar les over gehad volgens mij. Dat is al heel lang geleden anders.

I: Ben jij bekend met de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling' bij kinderen?

D: Ja

I: En kun je dat toelichten, wat dat inhoudt?

D: Ja, dat je dus..uhm..bij elke pasgeborene een pijnscore doet..uhm..uit mijn hoofd, we hebben daar natuurlijk een protocol van, maar uit mijn hoofd is het..uhm..elke dienst de eerste 24-uur. Dan bij een score boven de 4 of 5, daar twijfel ik een beetje over, dan afhankelijk van wat voor actie je moet ondernemen. Als je een kind pijnmedicatie geeft moet je een halfuur daarna weer..uhm..scoren. En ja verder doe ik het bij kinderen waarvan ik vermoed of denk dat ze pijn zouden kunnen hebben.

I: Goed, duidelijk. Dank je.

I: Kun je kort aan ons uitleggen waarom je een pijnscore afneemt bij een pasgeborene?

D: Uhm..je gebruikt het als meetinstrument om iets te staven wat je ziet. Je kan opschrijven dat een kind een hoge hartslag heeft..uhm..of dat hij ligt te huilen. Maar als je een score geeft dan komt er een label aan, waardoor je collega's ook kunnen zien, zeg maar, hoeveel pijn..uhm..dat is. Om eenduidigheid te krijgen denk ik vooral.

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij een pasgeborene vanaf week 36?

D: Welke klinische complicaties van een bevalling?

I: Ja

D: Uhm..ja gewoon een vast zittend kind, een moeilijk uitdrijving kan pijn veroorzaken denk ik. Een vacuumextractie of een tangverlossing. Gewoon een zware bevalling waar bij veel geduwd en getrokken moet worden aan moeder en kind. Ja.

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborene vanaf week 36?

D: Welke interventies?

I: Ja, dus welke handelingen zijn pijnlijk voor het kind?

D: Ja..uhm..als een kindje dus..ja..alle handelingen natuurlijk als ze op de ..uhm.. prikken natuurlijk sowieso, bloedprikken, sondes inbrengen, uitzuigen, het ligt een beetje aan of ze iets met hun schouder hebben, he dat je wisselgiving geeft kan pijnlijk zijn..uhm..een infectie hebben, hoofdpijn van vacuumextractie..of uhm..ja er zijn eigenlijk een heleboel interventies op onze afdeling waar kinderen pijn van kunnen ondervinden.

I: Dat waren de kennisvragen, dan gaan we het hebben over een stukje mening.

Mening:

I: Wat versta jij onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: Uhm..goed pijnbeleid, is dat een kind geen pijn heeft. Denk ik. Vind ik. Dat moet ons streven zijn.

I: Ja duidelijk

D: Ja ik denk dat het daar eigenlijk op neer komt.

I: Vind je dat een pijnscore afnemen bijdraagt bij kwalitatieve zorg?

D: Jazeker, ik denk dat het een heel belangrijk aspect is van goede zorg.

I: En kun je dat ook toelichten?

D: Nou, omdat je een kind zo ontspannen mogelijk..uhm..wilt verzorgen, verplegen. Zo min mogelijk stress wilt veroorzaken, zoveel mogelijk..uhm... ontspannen houding..uhm..goed voor de ontwikkeling..uhm..normale bewegingspatronen daardoor creëren, waardoor je geen stresshormonen aanmaakt of geen hoge hartslag of alarmen op je monitor qua ademhaling en saturatie krijgt. Het totaalpakket natuurlijk, heel breed.

I: Het draagt dus zeker wel bij?

D: Jazeker

I: Bij welke pasgeborene vanaf 36 weken, zou er volgens jou een pijnscore moeten worden afgenomen?

D: Uhm..ik denk bij iedere pasgeborene waarvan je vermoed dat het pijn zou kunnen hebben. Dus een kind wat niet goed op gang komt na een bevalling of waarvan je eigenlijk al weet dat was een zware bevalling voor een moeder en dus waarschijnlijk ook voor het kind. Nou met alle extra met vacuüm extractie of forceps, nou alles wat gewoon moeizaam gaat waarvan je zou kunnen vermoeden dat een kind pijn kan hebben.

I: Ok, goed

I: En wanneer is volgens jou een pijnscore afnemen niet nodig?

D: Ja soms heb je van die kinderen die roze huilend normaal bewegen, op tafel liggen. Waarvan je eigenlijk vanaf afstand al ziet, die score is gewoon nul. Ja? Is het dan nodig of niet nodig? Ja, misschien is het nodig om aan te geven, goh, er is aandacht voor geweest. Daarom vul ik een nul in, maar dan kan het ook klaar zijn daarna. Ja, misschien moet je het wel doen om aan te tonen dat het aandacht heeft gehad.

I: Wat zijn de voordelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Uhm..dat iedereen op dezelfde manier naar de mate van pijn kan kijken. Omdat je gewoon in het protocol een duidelijk afbakening hebt van wanneer je een nul of een een of een twee scoort op verschillende onderdelen.

I: Nog meer voordelen?

D: Uhm..om te zien..uhm..te bepalen wanneer je wel of niet pijnmedicatie geeft. Of een andere manier van troost toepast en om te zien of het effect heeft..he..dat wat je doet ook naar een halfuur daadwerkelijk te zien is in je meting dat het minder pijn heeft.

I: Ja, als je het opnieuw meet, bedoel je?

D: Ja, en jou pijnmeting of mijn pijnmeting is nu gelijk. Omdat je dezelfde scoretabel gebruikt.

I: En zijn er ook nadelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Nadelen? Ja soms is het wel, nou ik weet niet of het een nadeel is, het is soms niet altijd even duidelijk, het blijft natuurlijk altijd een stukje eigen interpretatie inzitten. Diffuse

lichaamsbeweging ofzo, dat je denkt jij, jij zegt misschien wel dat valt wel mee en ik zeg nou ik geef er toch een twee score voor. Het blijft altijd een deeltje subjectief denk ik.

I: Nog meer nadelen van het gebruik ervan?

D: Uhm.. meer nadelen ervan. Ja het kost altijd tijd om het even te doen, maar als je het heel vaak doet kost het zo weinig tijd..nee ik vind het eigenlijk geen nadeel meer. Nee.

I: Is het invoeren van een pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk volgens jou?

D: Nou, ik denk dat het zeker kan helpen voor goede zorg voor het kind. Om inderdaad, ja, het stukje bewustwording. Van goh we kijken ook naar, hoe doet zo'n kindje het? En of die wel of niet pijn kan hebben kan je op die manier meten. En in de verloskamer, kijk hier liggen alle kinderen natuurlijk aan de monitor waardoor je ook ziet dat hij een hoge hartslag en ademhaling heeft. Je zou wel kunnen, ja, misschien een vereenvoudigd iets, op de verloskamers, kunnen hebben.

I: Ja, dus je vindt het zeker wel noodzakelijk?

D: Ja, lijkt mij heel goed.

I: Dat waren de mening vragen.

Verpleegkundig handelen:

I: Hoe pak jij pijnmeting bij pasgeborenen aan, hoe voer jij de handeling uit?

D: Nou eerlijk gezegd, gaat het gewoon onder het verzorgen door. En dat als je dan een rapport schrijft dat je even denkt, o ja hoe lag zo'n kindje erbij. Kijk als je al iets aan het doen bent dan kun je geen pijnmeting doen. Dat moet je natuurlijk doen eigenlijk in de meest ideale situatie van zo'n kindje. Ik doe dat niet heel bewust eigenlijk, omdat je het zo vaak moet doen, gaat het eigenlijk gewoon met je verzorgingsrondje mee. Je noteert je controles en daarmee registreer je ook al een deel van de pijn. En kinderen die echt, die pijnlijk zijn, dat heeft al extra aandacht doordat je daar al mee bezig bent. Als een kind met gebalde vuisten ligt of grimassen is of onrustig. Ja, dat weet je ook nog wel terug te halen.

I: Ja dat onthoud je wel

D: Ja

I: Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op jullie afdeling, net als de vitale functies?

D: Uhm. Nou als het goed is wel. Ja voor mij wel. En ik denk voor de meeste van mijn collega's wel. Ja, dat hoop ik wel tenminste. Haha, ja.

I: Op welke momenten meet je pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: Op welke momenten?

I: Ja

D: Uhm..ja volgens mij postpartum, een uur postpartum misschien. Ik weet eigenlijk niet eens wanneer je daar precies mee begint. Maar in elk geval de eerste 24-uur moet je volgens mij een keer per dienst doen. Ook al heeft het kind dus geen pijn.

I: Uhm..ja dus dat is eigenlijk het moment..uhm..heb je dan ook nog een speciaal moment op de dag ofzo, dat je dan denkt van nu?

D: Nou, op een moment dat een kind dus eigenlijk op zijn ontspannends of op zijn best is. Volgens mij is dat het moment waarop je officieel een pijnscore doet. Niet dat als het lab aan

het prikken is want dan scoor je natuurlijk hoog of als je met een vervelende handeling bezig bent. Dus dan probeer je van tevoren dat te voorkomen al, om het heel stressvol te maken. Maar het meest ontspannen moment van die dag. En of dat nu om 9 uur of om 11 uur s 'morgens is dat maakt niet zoveel uit.

I: Hoe vaak meet je pijn bij pasgeborenen vanaf 36 weken?

D: Uhm..standaard..uhm ..volgens mij drie keer per 24 uur. En op het moment dat de score hoger is, ja, dan die vier of vijf, dan ga je een actie toepassen. Of medicatie geven of troosten of foppie of iets. En dan meet je daarna, na een half uur nadat je de actie hebt gehad nog een keer de pijn.

I: Om te kijken of het dan heeft geholpen he?

D: Ja, precies.

I: En wat doe je met de uitkomst van een pijnscore?

D: Uhm..nou wel of niet actie ondernemen afhankelijk van hoe hoog die is. Ja en als die hoog is, nou ja of je bepaalt zelf, je weet zelf wel wat je kan en mag doen of je overlegt dan met de kinderarts.

I: Kun jij volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen?

D: Uhm..ja, ik denk het wel. Ik wil zeggen ik denk bijna 90 procent van de gevallen, maar volgens mij als jij, soms denk je wel van het kind heeft pijn, dan scoor je dat volgens mij ook altijd wel. Dat zal toch een beetje subjectief zijn in bepaalde gevallen, dat je inderdaad die een of die twee score, dat is natuurlijk altijd een beetje lastig.

I: Ja

D: Dat heeft ook met je ervaring te maken, van hoe zie je zo'n baby. Ja en ook een beetje van het moment, misschien toch wel. Ja.

I: De laatste vraag. Neem je naast een pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Soms heb je natuurlijk situaties waarin je eigenlijk al denkt zo'n kindje moet wel pijn hebben. maar wordt je score daardoor beïnvloed? Dat weet ik eigenlijk niet zo goed.

I: Nou het gaat mij meer om..uhm..he..je hebt dan de pijnscore en kijk je dan ook nog naar andere factoren?

D: Ja, wel in die zin, wanneer je die pijnscores afneemt. Stel dat je die afneemt tijdens het of net na een sonde inbrengen of ..uhm..een kindje die heel erg honger heeft die ligt te huilen, dan scoor je heel hoog. Maar dan moet je natuurlijk wel beseffen, goh ja, maar die heeft misschien ook zin in eten nu. Dat niet altijd met pijn te maken heeft. En als je huult dan gaat natuurlijk je hartslag en je tensie omhoog, ja dat.

Interview verpleegkundig specialist:

Achtergrondinformatie:

I: Wat is je leeftijd?

D: 34

I: Welk opleidingsniveau heb je gehad?

D: Ja, HBO-master

I: Want je bent verpleegkundig specialist he?

D: Ja

I: Hoelang ben je werkzaam op de afdeling Neonatologie?

D: 1,5 jaar

I: Heb jij ook ervaring met het afnemen van de pijnscore bij baby's?

D: Nee

I: Nee he, wisten wij hoor, maar toch even voor de check

I: Wij zullen vragen stellen over de kennis, je mening wat betreft pijnscore afnemen en het handelen daarin. Wij beginnen even met kennisvragen.

Kennis:

I: Heb je ook kennis van pijnmeetinstrumenten om pijnscores bij pasgeborenen af te nemen?

D: Ik weet dat er pijnschalen zijn ontwikkeld inderdaad en die kijk ik ook wel eens in, maar zelf afnemen niet. Nee, dus ja

I: Dus ja je ziet dat de collega's ermee aan de slag gaan en je hebt er ook wel eens ingekeken?

D: Ja

I: Ben jij ook bekend met de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen'?

D: Niet de, ik weet niet of dat een NPK-richtlijn is, maar wij hebben hier wel een protocol van het UMCG 'Pijn'. Ja.

I: Kun je dat ook toelichten wat dat inhoudt?

D: Nou in iedergeval een goede observatie van..uhm..klinische observatie zeg maar he, hoe het kind erbij ligt en daarin zijn dan stappen beschreven van..uhm..wat je kunt doen, wanneer je denkt dat een kind pijn heeft zeg maar. Welke interventies daarbij geboden kunnen worden.

I: Kun jij kort uitleggen waarom een pijnscore nodig is bij een pasgeborene?

D: Nou ik denk dat mensen vaak voorbij lopen aan een..uhm..een baby die is baby dus die geeft zelf niet snel aan in woorden of fysiek zeg maar dat hij je bij je beent pakt van he ik heb pijn. Ik denk dat het daarom belangrijk is om te kijken naar het kind zelf en daarbij stil te staan. Ja.

I: Ja ok, goed.

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij een pasgeborene vanaf week 36?

D: Nou ik denk sowieso een bevalling dat dat niet een pretje is zeg maar voor een baby, dan een vacuum is pijnlijk of schat ik als heel pijnlijk in. Een MBO.

I: Een MBO?

D: Een MBO ja, een schouderdis. Ja, van alles haha.

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij de pasgeborenen?

D: Als wij daar een infuus instoppen, of een cappillair afname doen..uhm..afdrogen kan soms pijnlijk zijn denk ik, ik denk dat stimuleren soms pijnlijk kan zijn. Ja ik denk dat dat een beetje...

I: En stimuleren wat bedoel je daarmee?

D: Als het kind nog niet goed doorhuilt, dan wordt er gestimuleerd, he onder het voetje gewreven of het handje en dat gaat soms hard.

I: Ja, goed duidelijk

I: Ok, dat zijn de kennisvragen, dan gaan wij over na de mening?

Mening:

I: Wat versta jij onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: Met een goede blik kijken naar het kind en daar ook wat langer bij stil staan dan alleen maar even een vluchtige blik werpen op en daarbij ook kijken naar drinkgedrag..uhm.. en als het kind naar de monitor ligt, wat natuurlijk niet heel vaak (4:11) .. bij 36 wekers maar uhm aan de monitor ligt ook naar de hartfrequentie kijken uhm en ademhaling uhm ja dat zijn denk ik de dingen die ik belangrijk vind.

I: Vind je dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg?

D: Ja, dat denk ik wel

I: En kun je dit ook toelichten?

D: Ik denk door..uhm..niet perse door de score zelf maar door wel het bewust kijken naar het kindje op basis van meetpunten die in de scorelijst staat. Dat men zich wel bewuster wordt van dat een kind pijn zou kunnen hebben of heeft.

I: Ok, goed.

I: Bij welke pasgeborenen vanaf 36 weken zou er volgens jou een pijnscore moeten worden afgenomen?

D: Ik denk dat wij dat wel eens zouden kunnen doen bij een vacuümextractie, bij een septisch kind, bij een kind dat een nare start heeft gehad, dus waarbij respiratoire ondersteuning nodig is geweest..uhm..ja ik denk dat dat ze wel zijn. Schouderdis natuurlijk he

I: Ja, de botbreuken ennuh ja

D: Ja

I: Wanneer is een pijnscore afnemen volgens jou niet nodig?

D: Ik denk dat het niet standaard elke dienst zou hoeven ofzo, maar wel als..uhm..en dus niet nodig is als een kindje als comfortabel kent..uhm..de vraag is natuurlijk vanaf 36 weken hoe goed je een kind kent. En ja waarbij je ouders zou kunnen navragen van he vinden jullie het gedrag anders dan normaal. Bij adequate ouders denk ik ook niet dat wij daar persé..denk dat de ouders degene zijn die het kind het beste kennen.

I: Wat zijn de voordelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument? Zou je dat kunnen benoemen?

D: Ja, dus de bewustwording van de verpleegkundige, of van wie dan ook die het afneemt. Uhm..ja en misschien kijken ..uhm..of er niet onderliggend lijden dus toch is dat je er daardoor achterkomt door het afnemen van zo'n schaal. Ja..

I: En kun je ook nadelen benoemen van een pijnmeetinstrument?

D: Uhm..dat wij dingen als pijn interpreteren die gewoon gedrag zijn of ander gedrag..uhm..willen uitdrukken dan pijn. Dus dat wij het verkeerd bestempelen en daar dus een interventie op doen, wat eigenlijk niet hoeft.

I: Hmm mm, ja

D: Ja

I: Dat zou door een pijnmeetinstrument ..uhm.. kunnen

D: Dat denk ik, ja

I: Nog meer nadelen die je..

D: Uhm..dat het een moment opname wordt en niet..uhm..meer..uhm..dat het een standaard moment in de dienst is of in de dag is zonder verdere observaties daarin mee te nemen denk ik.

I: Is het invoeren van een pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk, want daar doen ze het nog niet

D: Nee, nou soms denk ik wel dat het zou mogen.

I: Ja? En kun je dat ook toelichten waarom?

D: Uhm..nou wij hebben bijvoorbeeld wel eens..uhm..ik denk dat je..uhm..als verpleegkundige op een Neo sneller, je doet veel meer handelingen, dus je bent je ook veel meer bewuster van dat een kind pijn zou kunnen hebben. En dat je op de Verlos of op de kraam meer bezig bent met..uhm..de zorg voor de pasgeborene, in de zin van ..uhm..voeding aanleggen, verschonen, dat soort dingen. Dus niet perse de zieke pasgeborene en ..uhm..dat je daardoor wel eens kunt voorbij lopen aan ..nou ja..toch pijn of iets anders bij een kind. En ik denk dat daar genoeg kinderen zijn die wel, ik bedoel alle vacuums liggen daar en dat zijn best over het algemeen pijnlijke kinderen.

I: Goed, ja ok dank je. Dit waren de vragen over je mening.

Verpleegkundig handelen:

I: In hoeverre draagt een pijnscore bij aan het opstellen van een behandelplan voor een pasgeborene vanaf 36 weken?

D: Uhm..ik denk dat het zeker wel bijdraagt. En dat wij daar met de visite zeg maar wel..uhm..actief dan als die score..uhm..heel hoog zal zijn daar zeker wat meedoen.

I: Is een pijnscore afnemen bij pasgeborenen routine op de afdeling, net zoals de vitale functies?

D: Nee, niet standaard bij elke. Tenminste niet wat ik ..uhm..mee maak.

I: Zo nee, ja, waarom is er geen routine hierin?

D: Ik denk dat wij veel meer gefocust zijn op..uhm..metingen aan een apparaat zeg maar. Uhm..dan en het handelen, dan dat wij kijken naar het kind perse. En dat is per verpleegkundige denk ik heel verschillend. En ik denk dat dat het is.

I: Wat doe je met de uitkomst van een pijnscore?

D: Als die hoog is dan starten wij..uhm..dan starten wij..uhm..dan kijken wij naar hoe wij het meer comfortabel kunnen krijgen. Dus of er iets onderliggends natuurlijk aan de hand is wat wij nog niet weten of gemist hebben. En..uhm..dan kijken welke interventie daarbij past. Dus of meer buidelen of..uhm..meer aan de borst of meer..uhm..in zo'n comfortkussen kijken de houding of iets, of pijnstilling of..ja, ja

I: Kun je volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen?

D: Vind ik niet, haha

I: En welke stappen zet je nog meer om tot een interventie over te gaan? Want je zegt, nee, maar welke stappen doe je dan nog?

D: Nou wat ik wel vaak doe is ook naar het kind zelf kijken. En dat is dan niets ten nadele van diegene die de score heeft afgenomen. Maar zelf ook even kijken van..uhm..is het pijn of kan het passen bij wat anders. En ik vind dat je ook niet op een meting al direct een interventie hoeft of moet doen. Tenzij je al ziet op de blik van oh, ja het ligt totaal niet..uhm..lekker erbij qua comfort in het bedje of iets. Dat ja.

I: Ok goed, uhm de laatste vraag.

D: Ok

I: Neem je naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Uhm..Ja, zoals de monitor, he, de hartfrequentie als die hoog is continue, dan..uhm..kijk je natuurlijk ook..uhm..of dat..uhm..iets kan zijn..uhm..ja dat denk ik.

I: Dus de monitor

D: Ja, maar..en de mening van de ouders. Die kennen hun kind natuurlijk het best. Dus..uhm..ik vraag daar wel vaak naar.

Interview Kinderarts-assistent

Achtergrondinformatie:

I: Wat is je leeftijd?

D: 29

I: Welke opleiding heb je gehad of doe je nog, dat kan natuurlijk ook

D: Ik heb natuurlijk geneeskunde gestudeerd en doe nu de opleiding tot kinderarts en ben nu in mijn tweede jaar

I: Hoelang ben je werkzaam op deze afdeling?

D: Twee maanden

I: Dat waren de achtergrondvragen. Dan gaan we naar de eerste vragen betreft kennis.

Kennis:

I: Heb jij kennis van pijnmeetinstrumenten om pijnscores bij pasgeborenen af te nemen?

D: Ik ken vooral de comfortscore, die wij bij neonaten gebruiken.

I: Ja, en op welke manier heb je daar kennis van gekregen?

D: Uhm..ja ik heb hiervoor op de neonatologie in het UMCG gewerkt en daar gebruiken ze de comfortscore. En daar kijken ze ook naar bepaalde tekeningen bij het kind en bij een te hoge score kun je ervanuit gaan dat het kind niet comfortabel is.

I: Ben jij bekend met de richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen'?

D: Uhm..in dit ziekenhuis bedoel je? Of in het algemeen?

I: ja, in het algemeen

D: Uhm..nou ik ken hem niet uit mijn hoofd. Maar ik kan mij voorstellen dat als ik hem nodig heb dat ik wel weet waar ik hem zou moeten vinden.

I: Ja, en kan je nog toelichten eventueel wat je weet wat erin vermeld wordt?

D: Uhm..nou ja ik kan mij voorstellen dat erin vermeld staat waarop je let bij een pasgeborene. Of wat de risicofactoren zijn om pijn te hebben voor een baby. Uhm..en voorstel voor medicatie dan..uhm..neem ik aan opklimmend in hoe ernstig het is.

I: Ok, goed. Kun jij kort aan ons uitleggen waarom je een pijnscore bij een pasgeborene nodig hebt?

D: Omdat de baby het je niet gaat vertellen of die pijn heeft..uhm..en omdat bijvoorbeeld huilen ook op heel veel andere dingen kan duiden. Dus er zijn wel bepaalde signalen bij het kind, die opgeteld wel bij elkaar bij pijn zouden passen. Dus dat is wel belangrijk om naar allemaal goed te kijken of het wel echt bij pijn past of dat het meer bij iets anders past bij misselijkheid of..ja.

I: Ja, dus je hebt een pijnscore wel nodig?

D: ja

I: Welke complicaties bij een klinische bevalling veroorzaken pijn bij een pasgeborene vanaf week 36?

D: Uhm..bijvoorbeeld vacuüm, bedoel je dat soort dingen?

I: Ja

D: Of forceps of een caput succedaneum of een cefaal hematoom of een galeale bloeding nou dat soort dingen. Je kan in theorie allerlei botbreuken hebben, clavicula dat soort dingen.

I: Ja, genoeg om op te noemen

I: Welke interventies veroorzaken pijn bij pasgeborenen vanaf week 36?

D: Wat wij doen?

I: Hmm mm

D: Prikken, bloedprikken, hielprik. Uhm..ik denk dat dat het belangrijkste is. Ja wij doen wel eens een katheter ofzo dat is ook niet zo fijn natuurlijk. Maar echt pijn is met name het prikken wat we doen.

I: Goed, ok dank je. Dat waren de vragen over kennis. Een stukje mening.

Mening:

I: Wat versta jij onder een goed pijnbeleid bij pasgeborenen?

D: Uhm..dat je pijn tot een minimum probeert te beperken. Uhm..ja en als je daar tekenen van ziet, dat je dat zo goed mogelijk behandelt.

I: Vind je dat een pijnscore afnemen bijdraagt aan kwalitatieve zorg?

D: Ja

I: En kun je dat ook toelichten?

D: Ja dat vind ik voor elke leeftijd, maar zeker op de kindergeneeskunde omdat die het dus niet snel zelf gaan aangeven. Ja ik vind dat als je in een ziekenhuis ligt worden er altijd pijnlijke handelingen uitgevoerd. Dus daar moet je gewoon actief naar kijken bij baby's.

I: Hmm mm ja, dus het voegt wat toe aan kwalitatieve zorg.

D: Ja

I: Bij welke pasgeborenen vanaf 36 weken zouden er volgens jou een pijnscore moeten worden afgenomen?

D: Uhm..bij..nou kinderen met een van die risicofactoren waar wij het al over hadden. Uhm..ja..als het verder een ongecompliceerde bevalling was dan zou ik het niet standaard doen, tenzij je dus reden hebt om waarvoor het kind pijn zou kunnen hebben.

I: Dus dan heb je eigenlijk ook al antwoord gegeven op de volgende vraag, wanneer iets nodig is, wanneer het niet nodig is om een pijnscore af te nemen?

D: Ja, als ik zou zeggen als hier een kind na een ongecompliceerde bevalling hier ligt en je hebt verder niks gedaan..uhm..dat het dan niet nodig is. En als er toch signalen van de verpleegkundige komen van hij lijkt heel pijnlijk ofzo dan kan je alsnog die score afnemen maar dan moet je ook wel heel erg gaan bedenken van waarom heeft die dan pijn. Dus niet standaard zou ik dan zeggen.

I: Wat zijn de voordelen van het gebruik van een pijnmeetinstrument?

D: Dat je het enigszins kan objectiveren. En dat iedereen het op dezelfde manier doet. Al blijft het wel een beetje subjectief natuurlijk. En dat je bepaalde afkapwaarden kan afspreken waarbij je bijvoorbeeld gaat behandelen.

I: En zijn er ook nadelen?

D: Ja dat het dus wel subjectief blijft. Want..uhm..nou ja een verpleegkundige, de een kan vinden dat het kind grimast, maar de ander kan vinden dat het geen grimas is maar dat het lachen is ofzo. Ja ik weet niet het zijn niet hele harde dingen waarop zo'n score gebaseerd is vaak.

I: Nog meer nadelen die erin je opkomen?

D: Uhm..het zijn natuurlijk moment opnames. Je doet er misschien maar drie op een dag..uhm..en ze worden misschien niet altijd gedaan of bij drukte snel vergeten. Wij vragen er misschien niet altijd naar in visites. Ja.

I: Is het invoeren van een pijnscore afnemen op de afdeling Verloskunde noodzakelijk?

D: Voor baby of voor moeder?

I: Voor de baby, pasgeborene

D: Uhm..ja maar dan wel als die dus reden heeft om pijn te hebben, denk ik.

I: Het stukje mening hebben wij afgehandeld. Dan gaan wij nu naar het verpleegkundig handelen nog, of het handelen want je bent geen verpleegkundige.

Verpleegkundig handelen:

I: In hoeverre draagt een pijnscore bij aan het opstellen van een behandelplan van een pasgeborene?

D: Ja, het verschilt natuurlijk heel erg per baby. Maar als jij een baby hebt waarvan je denkt dat hij best wel eens pijn zou kunnen hebben of kunnen gaan hebben door wat die heeft. Dan..uhm..en je hebt hoge pijnscores, ik zou niet op een score handelen, maar als je meerdere pijnscores hebt die verhoogd zijn dan zou ik daarop mijn medicatiebeleid veranderen. Dus dan zou ik wel, nou als allereerst paracetamol geven en eens kijken of het wat doet op de pijnscores. En dan is een pijnscore natuurlijk wel een mooi middel om te kijken of het ook werkt.

I: Ja, een checkpunt he

D: Ja

I: Is een pijnscore afnemen bij een pasgeborene routine bij jullie afdeling net zoals de vitale functies?

D: Nou dat is dus wel heel erg, nu val ik door de moment (gelach). Weet ik niet..uhm..ja ik weet niet of ze het standaard doen. Ik vraag wel altijd naar comfort van het kind of die

comfortabel lijkt. Maar ik heb hier nog niet de afgelopen maanden echt scores horen noemen, maar dus zelf ook niet actief naar gevraagd.

I: Wat doe je met de uitkomst van een pijnscore?

D: Nou..uhm..ik zou eerst moeten kijken wat de score is, om te kijken wat de schaal is en wat de afkapwaarde is. Maar als je dus een verhoogde pijnscore hebt zou ik bij het kind gaan kijken, om te kijken waarom die pijn heeft en als het reëel lijkt zou ik bijvoorbeeld paracetamol geven en een uur later nog een keer scoren.

I: Kun je volledig vertrouwen op een pijnscore om vanuit daar een interventie toe te passen?

D: Vast niet alleen op de pijnscores. Denk een combinatie van factoren,

I: Want welke stappen zet je nog meer om tot een interventie over te gaan?

D: Lichamelijk onderzoek dus, andere vitale parameters. En gewoon ook soms een beetje onderbuik gevoel of het gevoel van de verpleegkundige of de mening van de verpleegkundige. Het speelt allemaal mee.

I: De laatste vraag

D: Oh, dat gaat snel.

I: Ja gaat snel he.

I: Neem je naast de pijnscore ook andere factoren mee in het bepalen van de ernst van de pijn?

D: Ja..

I: Nu heb je het eigenlijk al een beetje gezegd, maar als je het zo hoort komt er dan nog iets in je op?

D: Nee, ik denk niet iets extra. Ik zou dus ook inderdaad kijken naar de mate van tachycardie of hypertensie. Naar het kind zelf kijken, is hij enorm geagiteerd of heeft die grote ogen of niet te troosten. Dat zijn ook dingen die ik ook mee zou nemen.

I: Ik heb nog wel een aanvullende vraag, ik had begrepen dat er vanuit geïnterviewde verpleegkundigen, dat als er inderdaad een pijnscore zoveel hoger scoren dan bellen ze jou om medicatie te checken, hoeveel milligram ik mag geven. Dat klopt he? Dat ze jou daarover bellen.

D: Ja

I: Maar dan weet je dus eigenlijk ook al wel het kindje heeft pijn en je geeft gewoon daar uhm..

D: Nou dat ligt er dus een beetje aan, als ik weet dat een kind net een vacuüm heeft gehad..uhm..dan snap ik dat die pijn heeft. En dan laat ik wel eens blind paracetamol geven. Maar als ze mij bellen voor een prematuur die hier al vier weken ligt en die verder geen reden heeft om pijn te hebben en ze zegt hij heeft een hoge pijnscore, dan wil ik eerst weten waardoor het komt. Dan ga ik hem eerst nakijken. Dus dat ligt er een beetje aan of ik het heel waarschijnlijk vind dat het kind pijn heeft. Dat als een kind al aan de morfine ligt op de intensive care en de verpleegkundige zegt hij heeft pijn, dan hoog ik het makkelijker op dan dat ..uhm..

I: Dat je het voor het eerst zou starten

D: Ja

I: En dan ga jij ervanuit dat ze een pijnscore wel hebben gedaan en jij hoort het aan en er worden wat andere dingen besproken over hoe het kindje erbij ligt etc.

D: Ja, we gaan niet de score opnieuw doen, nee daar vertrouw ik dan de verpleegkundige dan in.

Bijlage 7: Logboek

Week	Datum	AVZ	Wat hebben we gedaan?
6 / 43	21-27 okt.	Definitief voorstel ingeleverd	
7 / 44	28 okt-3 nov.		3 november: Feedback van docenten ontvangen; 3 november: akkoord gevraagd aan praktijkbegeleider voor aanpassingen onderzoeksvoorstel naar aanleiding feedback docenten; 3 november: e-mail verstuurd naar zorgcoördinator afdeling Neonatologie over akkoord krijgen om interviews af te nemen op deze afdeling.
8 / 45	4-10 nov.	Kritisch dialoog 8 nov	4 november: akkoord gekregen over aanpassing onderzoeksvraag van praktijkbegeleider en opdrachtgever; 4-10 november: literatuur zoeken in de databanken; 7 november: telefonisch contact met zorg coördinator afdeling Neonatologie over aantal medewerkers; 8 november: gemaild met zorg coördinator, pamflet voor opgave interviews deelnemers met bijgevoegde tekst dat het verspreid mocht worden onder alle mogelijke deelnemers; 8 november: kritisch dialoog + gesprek Ellen (praktijkbegeleider); 10 november: aangepaste versie van onderzoeksvoorstel gemaild naar docenten Hanzehogeschool Erik en Binie; 10 november: definitief onderzoeksvoorstel verstuurd naar opdrachtgever A.B. Hoekstra.
9 / 46	11-17 nov.		11-13 november: literatuur zoeken in de databanken; 13 november: definitief onderzoeksvoorstel akkoord door opdrachtgever; 14 november: literatuur selecteren + interviewvragen opstellen; 14 november: feedback vragen over interviewvragen aan praktijkbegeleider (via mail en Whatsapp contact gehad); 15 november: MZH bellen of deelnemers zich al hebben aangemeld; 16 november: mail contact met praktijkbegeleider betreft feedback interviewvragen, feedback verkregen.
10 / 47	18-24 nov.		18 november: interviews voorbereiden; 19 november: resultaten literatuuronderzoek labelen;

			21 november: praktijkbegeleider contact voor <i>membercheck</i> (update); 21 november: mail contact met zorg coördinator afdeling Neonatologie over mail uitzenden deelnemers en vermelden in nieuwsbrief; 22 november: vermelding in nieuwsbrief; 24 november: selecteren gebruikte argumenten interviewvragen, bijlage 1 schrijven; 24 november: inleiding, voorwoord, stuk samenvatting, doel en vraagstelling, definiëring begrippen verwerkt in onderzoeksrapport, inleidend stuk geschreven onderzoeksdesign.
11 / 48	25 nov-1 dec.		25 november: interviews afnemen op afdeling Neonatologie; 26 november: transcriberen interviews; 27 november: transcriberen interviews; 28 november: interviews afnemen op afdeling Neonatologie.
12 / 49	2-8 dec.		2 december: (<i>membercheck</i>) update via Whatsapp aan praktijkbegeleider over interviews; 2 december: interviews afnemen op afdeling Neonatologie; 3 december: transcriberen interviews; 4 december: transcriberen interviews; 5 december: Coderen stap 1 en 2 'Thematisch analyseren'; 6 december: maken van tabel 1: argumentatie gebruik voor opstellen interviewvragen; 7 december: onderzoekspopulatie schrijven en praktijkonderzoek: interviews; 8 december: stap 3 t/m 5 'Thematisch analyseren', codeboom maken, data-analyse schrijven, mail opstellen zorg coördinator afdeling Neonatologie voor aantal verpleegkundig specialisten opvragen, contact gehad met praktijkbegeleider over welke datum presentatie houden; 8 december: contact met praktijkbegeleider over afspraak maken presentatie, tijd en ruimte; 9 december: mail opstellen naar opdrachtgever voor afspraak maken presentatie houden, tabel 1 kleiner maken en volledige uitwerking in bijlage gezet, extra achtergrondinformatie deelnemers interview verwerkt in onderzoekspopulatie; 9 december: afstemmen datum presentatie, update praktijkbegeleider voor eerste versie krijgen van onderzoeksrapport (15 december).
13 / 50	9-15 dec.		10 december: resultaten literatuuronderzoek schrijven; 12 december: schrijven resultaten en inhoudelijke discussie; 15 december: schrijven samenvatting, inleiding, inleidende stukken, literatuurlijst in orde maken, flow-

			chart in orde maken, bijlages correct vermelden in bestand, opsturen eerste deel onderzoeksrapport naar docent en praktijkbegeleider Ellen voor feedback.
14 / 51	16-22 dec.		22 december: feedback verwerken van praktijkbegeleider en Carlien.
15/ 52	23-29 dec. 2019	Kerst-vakantie	23 december: feedback verwerken van praktijkbegeleider en Carlien. 27 december: methodologische discussie schrijven. 28 december: conclusie en aanbeveling schrijven en samenvatting van discussie, conclusie en aanbeveling. Nakijken van het totale onderzoeksverslag. 29 december: Laatste aanpassingen doen van het onderzoeksverslag. Ingeleverd voor feedback van docentbegeleider Erik en praktijkbegeleider Ellen.
16 / 1	30 dec- 5 jan. 2020	Kerst-vakantie	5 januari: presentatie brainstormsessie. PowerPoint gemaakt en tekst van de presentatie afgestemd.
17 / 2	6-12 jan.	Inleveren Onderzoeks-rapport	9 januari: feedback van Erik en Ellen terug. Presentatie geoefend. Resultaten met studiegenoten gedeeld. 10 januari: feedback verwerkt van docentbegeleider Erik en praktijkbegeleider Ellen. 12 januari: gehele verslag doorgenomen op spelfouten, wijze van schrijven, zinnen in de juiste tijd zetten.
18 / 3	13-19 jan.	Presentatie bij opdracht-gever	15 januari: presentatie om 11:00 uur in het Martini Ziekenhuis op afdeling Verloskunde. 15 januari: Onderzoeksrapport inleveren op OnStage.