

Projectverslag

Gezinsgerichte zorg voor ouders van zieke neonaten in Bernhoven ziekenhuis

16 januari 2017



Student 1: Eveline van Os - 508590

Student 2: Sharona Veld - 535603

Opleiding: HBO-Verpleegkunde

Opdrachtgevers: Mw. D. Landman en Mw. F. van der
Mark-Maas

Docentbegeleider: Drs. E. Zijlmans

Examinator: G. Bouman Manp

Projectcode: 1617_1VRIJ_07



Colofon

Opdrachtgevers:

Bernhoven Ziekenhuis
Nistelrodeseweg 10
5406 PT Uden

Diana Landman – Praktijkopleider
d.landman@bernhoven.nl
Femke van der Mark- Maas – Teamleider Couveuseafdeling
f.vandermark-maas@bernhoven.nl

Studenten:

Eveline van Os
Julianastraat 18
6675 BL Valburg
06-13889123
Eveline.van.os@live.nl

Sharona Veld
Joost van den vondelstraat 58
4041 XL Kesteren
06-30165207
S.haronaa@live.nl

Docentbegeleider:

Ellen Zijlmans
Ellen.zijlmans@han.nl

Onderwijsinstelling:

Hogeschool Arnhem en Nijmegen
Verpleegkunde
Postbus 6960
6503 GL Nijmegen
024-3531500

Status document:

Projectverslag

Datum:

16 januari 2017

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van een kwaliteitsproject middels een projectverslag. In het kader van de opleiding HBO-verpleegkunde van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen is dit projectverslag geschreven. De studenten Eveline van Os en Sharona Veld die dit onderzoek hebben uitgevoerd, zijn beide 4^{de} jaars studenten. Dit onderzoek heeft een half jaar geduurd in de periode van september 2016 tot en met januari 2017.

De opdrachtgevers van Bernhoven ziekenhuis hebben de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen benaderd om onderzoek te doen naar de behoeftes van ouders met een opgenomen zieke neonaat. Middels dit onderzoek geven wij u dan ook onder andere inzicht in deze behoeftes. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de kraam-en couveuseafdeling. Middels de aanbevelingen van dit onderzoek kan Bernhoven ziekenhuis nog beter aansluiten bij de behoeftes van ouders. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg op deze afdelingen en hier hebben wij met veel plezier ons steentje aan bijgedragen. Wij als studenten waren gemotiveerd dit onderzoek goed uit te voeren gezien de moeilijke situatie waarin ouders zich bevinden en het belang van het aansluiten bij hun behoeftes.

Ten eerste willen wij onze opdrachtgevers D. Landman en F. van der Mark-Maas bedanken voor de fijne samenwerking en hun actieve houding gedurende het proces. Daarnaast willen wij graag onze docentbegeleider E. Zijlmans bedanken voor de goede begeleiding. Ook willen wij de medewerkers van de kraam-en couveuse afdeling bedanken voor het werven van de respondenten. In het bijzonder willen wij P. van Dalsum bedanken voor haar rol hierin. Tot slot bedanken wij de respondenten voor hun tijd in deze aangrijpende periode en hun openhartigheid.

Wij kijken terug op een leerzame periode.
Eveline van Os en Sharona Veld

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Hoofdstuk 1 Inleiding	2
1.1 Introductie	2
1.2. Context	3
1.3. Probleemstelling.....	3
1.4. Onderzoeksvraag.....	3
1.5 Doelstelling.....	4
1.6 Leeswijzer	4
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	5
2.1 Literatuursearch	5
2.2 Transformatie van zorg	5
2.3 Principes en toepassing van gezinsgerichte zorg	5
2.4 Gezinsgerichte zorg en Bernhoven ziekenhuis.....	6
2.5 De zieke neonaat	7
2.6 Behoeftes van ouders met een zieke neonaat.....	7
2.7 Relevantie voor verpleegkundige beroepspraktijk	8
Hoofdstuk 3 Methode	10
3.1 Design	10
3.2 Populatie en steekproef	10
3.3 Dataverzameling.....	11
3.4 Dataverwerking en data-analyse.....	12
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	13
Hoofdstuk 4 Resultaten	16
4.1 Omschrijving onderzochte groep	16
4.2 Omgang onvoorziene situatie	17
4.3 Afdeling gebonden werkwijze personeel	19
Hoofdstuk 5 Discussie.....	24
5.1 Beperkingen.....	25
5.2 Kwaliteitseisen.....	25
5.3 Interpretatie resultaten.....	24
5.4 Relevantie voor de beroepspraktijk	24
Hoofdstuk 6 Conclusie.....	27
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen	29
Bibliografie	31
Bijlage 1: Schematische weergave zoekstrategie.....	33

Bijlage 2: Zoekhistorie Pubmed.....	36
Bijlage 3: Evidence tabel.....	37
Bijlage 4: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker	38
Bijlage 5: Informatiebrief voor verpleegkundigen	40
Bijlage 6: Aanvullende brief voor verpleegkundigen	41
Bijlage 7: Informatiebrief voor ouders van een zieke neonaat	42
Bijlage 8: Informed consent	44
Bijlage 9: Interviewguide	45
Bijlage 10: Topiclijst	47

Samenvatting

Aanleiding: Gezinsgerichte zorg heeft in maart 2013 zijn intrede in Bernhoven ziekenhuis gedaan. Bernhoven ziekenhuis draagt op diverse onderdelen zo goed mogelijk bij aan gezinsgerichte zorg. Deze bijdrage is gebaseerd op wat de afdelingen zelf zien als gezinsgerichte zorg. De probleemstelling is dan ook, dat de mening van ouders met betrekking tot de kwaliteit van de geboden gezinsgerichte zorg ontbreekt en er dus niet in kaart is gebracht of de huidige geboden gezinsgerichte zorg aansluit bij de behoeftes van de ouders. Hieruit vloeit de volgende hoofdvraag voort: *Op welke aspecten kan de huidige geboden gezinsgerichte zorg beter aansluiten bij de behoeftes van de ouders van een zieke neonaat, opgenomen in Bernhoven ziekenhuis, gedurende de eerste 14 dagen postpartum?*

Methode: Dit kwalitatieve onderzoek is beschrijvend van aard. Voor de verzameling van data is er gebruikt gemaakt van semigestructureerde interviews. Deze interviews werden afgenomen aan de hand van een opgestelde topiclijst, die als leidraad diende. De interviews werden opgenomen met een videorecorder. Bij 10 ouders werden er interviews afgenomen. Hierbij ging het in 3 van de 10 van de interviews om een vader. De gegevens werden vervolgens geanalyseerd door de uitgeschreven transcripten, open, axiaal en selectief te coderen.

Resultaten: Uit de resultaten komt vooral naar voren, dat ouders erg goed te spreken zijn over de benaderingswijze, de deskundigheid en de service van het personeel. Verder zijn de volgende behoeftes van belang: de drang tot samenzijn, betrokken worden in de zorg en besluitvorming, voorbereiding, informatieverstrekking, eigen regie behouden, ervaringen kunnen delen, continuïteit in het personeel en het hebben van rust.

Discussie: Er zijn enkele kritische kanttekeningen te plaatsen bij dit onderzoek. Een belangrijke beperking is dat de werving van respondenten werd uitgevoerd door de verpleegkundigen, waardoor de onderzoekers niet geheel zicht hadden op de werving en de voorbereiding van de ouders middels een informatiebrief. Ook zijn er minder vaders geïnterviewd dan moeders. Verschillen in behoeften werden alleen vanuit het oogpunt van de vader ondervraagd en niet vanuit de moeder. De afname van interviews vonden voornamelijk plaats in een erg drukke periode. Deze resultaten kunnen dus mogelijk afwijken van de resultaten in een gemiddelde of rustigere periode. De resultaten van theorie en praktijk komen grotendeels overeen.

Conclusie: Al met al kan er worden geconcludeerd dat Bernhoven ziekenhuis met de huidige geboden aspecten van gezinsgerichte zorg grotendeels aansluit bij de behoeftes van de ouders. Echter kan er bij een aantal behoeftes nog beter aangesloten worden. Dit zijn de behoeftes tot samenzijn, informatieverstrekking, betrokken worden in de besluitvorming, een band met het personeel, rust en ervaringen delen met andere ouders. Alle ouders zijn, ondanks dat er nog ruimte is voor verbetering, opvallend tevreden en positief over de kraam- en couveuseafdeling.

Aanbevelingen: De belangrijkste aanbevelingen zijn de volgende: het betrekken van de kinderkamers bij de couveuseafdeling, het vormen van een aparte ruimte met een boek en online platform waarop ervaringen gedeeld kunnen worden, het aanpassen van een aantal werkwijzen van het personeel om meer rust te creëren, meer continuïteit in de diensten en ouders beter te kunnen betrekken in de besluitvorming. Welke middelen hiervoor nodig zijn wordt in hoofdstuk 7 beschreven.

Trefwoorden: Gezinsgerichte zorg, zieke neonaat en ouderlijke behoeftes.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Introductie

In Nederland bedroeg van 2011 tot en met 2015 het aantal levend geboren kinderen per jaar gemiddeld 174.610 (CBS, 2016). Het percentage pasgeborenen met behoefte aan specialistische zorg stijgt. Dit is te verklaren door de technische vooruitgang en het toegenomen vertrouwen in de levensvatbaarheid van te vroeg geboren, maar ook door de veranderende samenstelling van de bevolking. Denk hierbij aan de steeds oudere leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen. Dit zorgt voor een stijging van het aantal complicaties in de zwangerschap met als gevolg een toename van het aantal pasgeborenen dat specialistische zorg nodig heeft (NVOG, 2007). Van het aantal kinderen dat jaarlijks in Nederland wordt geboren, is bij ongeveer 7 á 8 procent van de bevallingen sprake van prematuriteit (Vroeggeboorte.nl, z.d). Prematuriteit is de meest voorkomende indicatie voor het kind om specialistische zorg te krijgen. Deze kinderen worden meestal opgenomen in een couveuse. Echter zijn er ook andere redenen voor een opname in een couveuse, zoals een laag geboortegewicht (dysmaturiteit), ziekte, afwijking of handicap van het kind. Jaarlijks worden er zo'n 10.000 kinderen opgenomen in een couveuse (Oudersenzo, 2016). Dit is een heftige gebeurtenis voor het gezin. De opnametijd in een couveuse hangt af van de ernst van de situatie van het kind en het aantal weken vroeggeboorte. Wanneer een pasgeborene stabiel genoeg is maar toch specialistische zorg nodig heeft, kan deze ook opgenomen zijn in een wiegje.

Een zwangere vrouw kan afhankelijk van de situatie, thuis of in het ziekenhuis bevallen. Het aantal ziekenhuisbevallingen is de afgelopen jaren sterk toegenomen. In de periode van 1953 tot en met 2008 is het aantal ziekenhuisbevallingen gestegen van 22 naar 71 procent (CBS, 2016). Deze stijging komt vooral voort uit niet-urgente redenen. Voorbeelden hiervan zijn pijnbestrijding, een bevalling die traag opgang komt en de angst voor eventuele babysterfte (KNOV, 2015). In de media werd beschreven dat babysterfte meer voor zou komen bij thuisbevallingen. Echter blijkt uit onderzoek dat een thuisbevalling bij ongecompliceerde zwangerschappen veilig is en niet tot een verhoogd percentage babysterfte leidt (Amelink-Verburg et al., 2007, p 576). Vrouwen die rond de periode van 1900 in het ziekenhuis bevielen hadden geen goede ervaringen met bevallen in het ziekenhuis (Zwelling & Philips, 2001, pp. 2-3). Zij werden gescheiden van hun kind en hadden het recht om hun kind te zien en te verzorgen niet meer in eigen handen. De toename van het aantal ziekenhuisbevallingen samen met de wensen van ouders om meer betrokken te worden in de verzorging, heeft er mede voor gezorgd dat de zorg rondom de kraam- en couveuseafdelingen sterk is getransformeerd en zich tot op de dag van vandaag nog sterk aan het ontwikkelen is (Zwelling & Philips, 2001, pp. 2-3).

De zorg rond de bevalling wordt wereldwijd en in Nederland steeds meer ingericht volgens de principes van 'family centered care', oftewel 'gezinsgerichte zorg'. Dit is een manier van zorg verlenen waarbij de kraamvrouw en haar gezin centraal staan als actieve partners in het zorgproces. Uitgangspunten van gezinsgerichte zorg zijn o.a. het toesnijden van zorg op de behoeften van het gezin, het geven van informatie, het actief betrekken van de ouders bij het zorgproces en het zoveel mogelijk bij elkaar houden van de pasgeborene en het gezin in het proces tijdens en na de bevalling in het ziekenhuis (Zwelling & Philips, 2001, p 6). Voor een uitgebreide beschrijving van gezinsgerichte zorg wordt u verwezen naar het theoretisch kader.

Onderzoek toont aan dat gezinsgerichte zorg zeer waardevol is voor de pasgeborene, de nieuwe ouders, de zorgverleners en de zorginstelling (IPFCC, 2010). Zo bevordert deze vorm van zorg niet alleen de hechting tussen de moeder en het kind, maar ook met de rest van de familie. Uit onderzoek blijkt dat een kind tijdens de 20ste week van de zwangerschap zijn of haar omgeving en dus ook zijn familie al in bepaalde mate leert kennen (Daneels, Pottie, & Desmyttere, 2005, p. 3). Scheiding tussen de ouders en het kind leidt dan ook tot veel stress bij zowel de ouders als het kind.

Gezinsgerichte zorg leidt ook tot betere (medische) resultaten. Zo verkort het de ligduur van de pasgeborenen en leidt het tot minder complicaties. Verder heeft de toepassing van gezinsgerichte zorg een goed effect op de borstvoeding. Het aanleggen van een kind voor de borstvoeding voorloopt soepeler, mede door de betere hechting. De ouders kunnen middels gezinsgerichte zorg oefenen met hun nieuwe rol als ouders en worden hierin in een veilige omgeving ondersteund. Hierdoor krijgen de nieuwe ouders meer zelfvertrouwen. Dit draagt bij aan de vermindering van het aantal postnatale depressies (Daneels et al., 2005, p. 3). De beschreven effecten resulteren in een sterkere mate van tevredenheid bij de ouders en de familie van het kind wat betreft de ziekenhuisopname. Niet alleen op het kind en de familie heeft het goede effecten, ook op de zorgverleners zelf heeft het een positief effect. Zij werken flexibeler, efficiënter, kunnen beter aansluiten bij de behoeften van hun patiënten en bouwen met hen een hechtere band op. Bovendien geeft gezinsgerichte zorg een grotere klanttevredenheid voor zorginstellingen (Daneels et al., 2005, p. 3).

1.2. Context

Gezinsgerichte zorg heeft in maart 2013 zijn intrede gedaan in Bernhoven ziekenhuis te Uden. Bernhoven ziekenhuis heeft een algemene missie namelijk, "Samen eigentijds de allerbeste zorg bieden" (Bernhoven, z.d.). Het ziekenhuis streeft ernaar de meest patiëntgerichte zorg te bieden, waarbij zelfredzaamheid en betrokkenheid bij de behandeling centraal staat. Gezinsgerichte zorg wordt alleen toegepast op de kraam- en couveuseafdeling van het ziekenhuis. Op de kraamafdeling verblijven grotendeels gezonde neonaten samen met hun moeder op een kamer. De couveuseafdeling behandelt kortdurende high care, medium care en low care zieke neonaten. Als het kind in een wiegje op de couveuseafdeling ligt is het mogelijk voor de moeder om bij het kind te verblijven in een gezinssuite. Als het kind is opgenomen in een couveuse, zijn de moeder en het kind echter altijd gescheiden. Het is ook mogelijk dat een zieke neonaat die stabiel is, op de kraamafdeling opgenomen wordt in een wiegje. In deze situatie verblijven de moeder en het kind op dezelfde kamer. Dit onderzoek vond plaats op de kraam- en couveuseafdeling, binnen de eerste 14 dagen postpartum.

1.3. Probleemstelling

Binnen de afdelingen van Bernhoven ziekenhuis waar gezinsgerichte zorg wordt toegepast, wordt gebruikt gemaakt van de visie "Het gezin bij elkaar in een gastvrije omgeving" (Bernhoven, z.d.). Vanuit deze visie wordt ernaar gestreefd de kwaliteit van gezinsgerichte zorg te verbeteren. Tot nu toe zijn de uitgevoerde aspecten op deze afdelingen, vooral gericht op praktische en faciliterende zaken. Zoals het bieden van gezinssuites waar de moeder en het kind samen kunnen verblijven gedurende de opname. Deze aspecten zijn gebaseerd op wat de afdelingen zelf zien als gezinsgerichte zorg. Of deze visie overeenkomt met de visie van de ouders waarvan een zieke neonaat is opgenomen, is niet onderzocht. De probleemstelling is dan ook, dat de meningen van ouders met betrekking tot de kwaliteit van de geboden gezinsgerichte zorg ontbreken en er dus niet in kaart is gebracht of de huidige geboden aspecten aansluiten bij de behoeften van de ouders. Op dit moment is het onduidelijk of de geboden aspecten bijdragen aan een verhoogde patiënttevredenheid en of de kwaliteit van de gezinsgerichte zorg hierdoor verbetert. Het is dus van belang dat de behoeften van de ouders goed in kaart worden gebracht.

1.4. Onderzoeksvraag

Uit bovenstaande probleemstelling is de volgende onderzoeksvraag naar voren gekomen:

Op welke aspecten kan de huidige geboden gezinsgerichte zorg beter aansluiten bij de behoeften van de ouders van een zieke neonaat, opgenomen in Bernhoven ziekenhuis, gedurende de eerste 14 dagen postpartum?

Met deze onderzoeksvraag richt dit onderzoek zich op het in kaart brengen van de behoeftes van ouders. Onder een zieke neonat wordt een pasgeborene verstaan die gedurende de eerste 14 dagen postpartum ziekteverschijnselen vertoont en waarbij specialistische zorg noodzakelijk is. Postpartum staat voor de periode direct na de bevalling. Voor de beschrijving van de aspecten van gezinsgerichte zorg, wordt u verwezen naar het theoretisch kader.

Uit bovenstaande onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke behoeftes hebben de ouders van een zieke neonat met betrekking tot de aspecten van gezinsgerichte zorg?
- Welke behoeftes van de ouders met een zieke neonat komen overeen met de huidige geboden aspecten van gezinsgerichte zorg?
- Aan welke behoeftes van de ouders van een zieke neonat wordt nog niet tegemoetgekomen?

1.5 Doelstelling

Middels bovenstaande onderzoeksvraag wordt onderstaande doelstelling bereikt.

Voor het einde van januari 2017 is er door middel van een verslag in kaart gebracht wat de behoeftes zijn van de ouders met een zieke neonat, opgenomen in ziekenhuis Bernhoven en op welke aspecten de huidige gezinsgerichte zorg hier beter bij kan aansluiten, zodat de kwaliteit van gezinsgerichte zorg wordt verbeterd.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 vindt u de inleiding waarin het onderwerp wordt geïntroduceerd. Hoofdstuk 2 is het theoretisch kader. Hierin ligt de nadruk op de verschillende aspecten van de vraagstelling. Verder komt hier een korte beschrijving van de literatuursearch aan bod. De methode van onderzoek wordt in hoofdstuk 3 besproken. In hoofdstuk 4 vindt u de resultaten van dit onderzoek. Hierop volgt de discussie in hoofdstuk 5. Hierin wordt vooral kritisch gekeken naar de mogelijke beperkingen in de methode. In hoofdstuk 6 komt de conclusie van dit onderzoek aan bod. De aanbevelingen volgen in hoofdstuk 7.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Literatuursearch

Om het onderzoek goed te kunnen onderbouwen vanuit de literatuur, is gebruik gemaakt van verschillende databanken, namelijk: Pubmed, Han-Quest en Google Scholar. In deze databanken zijn Nederlands- en Engelstalige artikelen gevonden. Daarnaast is er verder gezocht met behulp van de sneeuwbalmethode. Hierdoor zijn er nog andere Engelstalige artikelen gevonden. Deze literatuur moet ingaan op de behoeftes en het perspectief van de ouders met een zieke neonat die opgenomen is. De level of evidence van de artikelen die gevonden zijn is A1, C of D niveau. Dit is schematisch weergegeven in Bijlage 3. Er zijn weinig artikelen van hoog niveau die ingaan op de perspectieven en behoeftes van ouders op het gebied van gezinsgerichte zorg. De uitgebreide zoekstrategie is te vinden in Bijlage 1 en 2. Hierin is de zoekstrategie in Pubmed schematisch weergegeven. Verder is er bij de referenties van het A1 artikel gekeken naar relevante bronnen. Dit artikel verwees naar de andere artikelen die ook bij de gestructureerde zoekstrategie in Pubmed zijn gevonden.

2.2 Transformatie van zorg

Door de jaren heen heeft de toepassing van de zorg een transformatie doorgemaakt. Zo heeft de aanboderichte zorg plaats gemaakt voor vraaggerichte zorg. Het accent ligt inmiddels niet meer op het creëren van een aanbod, waarvan de zorginstantie zelf denkt dat het in een behoefte voorziet. Het accent is komen te liggen op het luisteren naar de vraag van een patiënt om hier vervolgens een zo passend mogelijk aanbod voor te creëren. De definitie van vraaggerichte zorg luidt “vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverleners, die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt, die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen, die tevens voldoet aan professionele standaarden” (RVZ, 1998). De vraaggerichte zorg sluit goed aan bij de toepassing van gezinsgerichte zorg. Dit omdat de zorg zoveel mogelijk wordt ingericht naar de individuele wensen van de patiënt en het gezin.

Vanaf 1900 nam het aantal ziekenhuisbevallingen toe. De focus verschoof van geboorte als een sociale en emotionele gebeurtenis tussen de kraamvrouw en het gezin, naar geboorte als een fysiologische en medische gebeurtenis, uitgevoerd door vreemden. Bij deze bevallingen werden de moeder en het kind gescheiden. Uit onderzoek bleek dat deze scheiding een negatieve invloed had op het welbevinden van zowel de moeder als het kind (Zwelling & Philips, 2001, pp. 2-3). Mede om deze reden werden de eenpersoonkamers voor de moeders en hun kinderen in de Verenigde Staten geïntroduceerd. Vanuit deze ontwikkeling is gezinsgerichte zorg verder opgebouwd (Zwelling & Phillips, 2001).

2.3 Principes en toepassing van gezinsgerichte zorg

In de visie van gezinsgerichte zorg is de patiënt een onlosmakelijk onderdeel van het sociale systeem: het gezin. Een gezin raakt uit balans wanneer ziekte zich voordoet. De autonomie en het functioneren van het gezin komt onder druk te staan als gezinsleden van elkaar gescheiden worden. Met gezinsgerichte zorg wordt zoveel mogelijk geprobeerd deze scheiding binnen het gezin te voorkomen. Gezinsgerichte zorg kan door middel van verschillende aspecten worden vormgegeven. IPFCC (2010) gaat uit van een aantal basisprincipes, namelijk:

- Respect en waardigheid. Zorgverleners luisteren en respecteren keuzes en perspectieven van de gezinnen. De verschillende normen, waarden en culturele overtuigingen zijn opgenomen in de benadering, planning en levering van zorg.
- Informatieverstrekking. Zorgverleners communiceren en delen volledige en objectieve informatie met het gezin op gepaste wijzen. Patiënten en families ontvangen tijdige,

volledige en nauwkeurige informatie om effectief te participeren in de zorg en besluitvorming.

- Participatie. Patiënten en families worden aangemoedigd en ondersteund om deel te nemen in de zorg en besluitvorming waarbinnen zij zich prettig voelen. Hierbij wordt rekening gehouden met individuele wensen en behoeftes.
- Samenwerking. Met patiënten en families wordt rekening gehouden in de visie en het beleid van de zorginstelling. Binnen de zorginstelling wordt samen met de patiënten en de families gekeken naar wat voor hen passende zorg is.

“Gezinsgerichte zorg gaat onder andere uit van het beginsel, dat de kraamvrouw voor, tijdens en na de bevalling in één en dezelfde kamer verblijft, dat na de geboorte het kind continu bij haar is en dat de kamer door haar en de overige gezinsleden gedurende het verblijf in het ziekenhuis als hun 'thuis' kan worden beschouwd. Deze benadering is gediend met een speciaal bouwkundig concept” (Kind & Ziekenhuis, 2003). Gezinsgerichte zorg wordt veelal ingevuld middels de ruimtelijke vormgeving van een afdeling in combinatie met een passende benaderingswijze van de zorgverleners naar het gezin. Het toepassen van rooming-in met behulp van gezinssuites is de meest voorkomende voorziening. Bij rooming-in heeft de partner of een ander familielid de mogelijkheid om te blijven slapen bij de moeder op de kamer en in dit geval ook bij de pasgeborene. Gezinssuites zijn speciaal ontwikkeld voor het samenzijn van een gezin. Tijdens het zorgproces is de hulpverlener in deze gezinssuite 'te gast' bij de patiënt. Iedere instelling heeft de vrijheid om invulling te geven aan gezinsgerichte zorg passende bij de visie van de instelling. Echter staan bovenstaande aspecten altijd centraal.

2.4 Gezinsgerichte zorg en Bernhoven ziekenhuis

Bernhoven ziekenhuis past verschillende aspecten toe om bij te dragen aan het zo goed mogelijk toepassen van gezinsgerichte zorg. Hierbij wordt vooral de nadruk gelegd op de moeder en het kind, en wanneer mogelijk de partner. Bernhoven beschikt over 19 gezinssuites op de kraamafdeling, waarvan er twee een aansluiting hebben voor monitoring van een pasgeborene (Bernhoven kids, z.d). Op dit moment beschikt de couveuseafdeling over twee logeerkamers op de kraamafdeling waar de moeders van de zieke neonaten kunnen verblijven. Ook zijn er 3 gezinssuites op de couveuseafdeling waar low care en medium care zieke neonaten met hun moeder kunnen verblijven. Voor couveuses zijn er twee 4-persoons zalen, één 7-persoons zaal en een MRSA kamer. De couveuseafdeling wil graag meer kamers gaan ontwikkelen waarin de moeder en de zieke neonaat samen kunnen verblijven. Deze kamers zijn momenteel nog eigendom van de kinderafdeling. Het streven voor 2017 is om de twee 4-persoons zalen op de couveuseafdeling om te bouwen naar grote gezinssuites, voor bijvoorbeeld tweelingen.

Het personeel streeft ernaar bij de algemene principes van gezinsgerichte zorg aan te sluiten. Dit wordt vormgegeven door het toepassen van een ondersteunende benaderingswijze. Ouders worden veel betrokken in besluitvorming zodat zij eigen regie behouden. Ook is er veel informatieverstrekking en aandacht voor de hechting tussen kind en ouders.

Bernhoven ziekenhuis heeft gezinsgerichte zorg ook ingezet om broertjes en zusjes te betrekken bij de zorg voor een zieke neonaat. Zo is de “brusjeskoffer” ontwikkeld om eventuele broertjes en zusjes spelenderwijs kennis te laten maken met de zieke neonaat en de omgeving waarin deze zich bevindt. Een eerste ontmoeting kan vaak eng zijn, omdat broertjes en zusjes pleisters, draadjes en apparaten rondom de pasgeborene zien staan. Verder beschikt Bernhoven over de cameravoorziening “kind in beeld”. Voor ouders van zieke neonaten die zijn opgenomen op de couveuseafdeling, is het mogelijk om hun kindje thuis of elders via internet 'live' te zien. De camera laat via een beveiligde website live beelden zien van de zieke neonaat.

Moeders waarvan de pasgeborene is opgenomen in een couveuse, mogen 24 uur per dag naar hun kind, maar blijven opgenomen op de kraamafdeling. De eerste 8 dagen na de geboorte wordt gezien

als kraamtijd in het ziekenhuis. Gedurende deze periode is het streven dat de moeder in het ziekenhuis kan verblijven, om dichtbij het kind wat opgenomen is te kunnen zijn. Het kind verblijft op de couveuseafdeling. Gedurende de eerste 8 dagen postpartum gaat de moeder in principe met ontslag. Wel is er eventueel de mogelijkheid voor de moeder om gebruik te maken van de twee logeerkamers op de kraamafdeling. Om hiervoor in aanmerking te komen moet de moeder niet meer hulpbehoevend zijn. Bij ontslag heeft de moeder nog steeds de mogelijkheid om op ieder gewenst tijdstip aanwezig te zijn bij het kind.

2.5 De zieke neonaat

Vanuit het oogpunt van Bernhoven ziekenhuis wordt de volgende definitie van de zieke neonaat gehanteerd "Alle pasgeborenen opgenomen in een couveuse of wiegje, die om welke reden dan ook specialistische zorg nodig hebben" (Bernhoven kids, z.d). Voorbeelden hiervan zijn prematuriteit (vroeggeboorte), dysmaturiteit (laag geboortegewicht), ziekte, aandoening, handicap of medicijngebruik van de moeder gedurende de zwangerschap. Wanneer een kind voor een zwangerschapsduur van 37 weken geboren wordt, spreken we van prematuriteit. Van extreme prematuriteit is sprake wanneer het kind voor een zwangerschapsduur van 32 weken geboren wordt (Vroeggeboorte.nl, z.d). De kraam- en couveuseafdeling van Bernhoven ziekenhuis behandelt alleen kinderen die na een zwangerschapsduur van 32 weken geboren worden. Als dit niet het geval is worden de kinderen overgeplaatst naar een ander ziekenhuis. Echter komt het ook voor dat een kind met een zwangerschapsduur van meer dan 37 weken in een couveuse moet, door één of meer van de eerder genoemde oorzaken.

De couveuse waarin een groot deel van de zieke neonaten verblijft beschikt over vele functies. De temperatuur kan nauwkeurig worden geregeld omdat veel zieke neonaten zelf nog niet op temperatuur kunnen blijven. Ook beschermt een couveuse de zieke neonaten tegen ziektekiemen van buitenaf. Er circuleert steeds verse lucht en er kan extra zuurstof aangesloten worden. Om de zieke neonaten goed te kunnen observeren, is de couveuse van plexiglas. Zo kunnen bijvoorbeeld de huid, de ademhaling en het gedrag in de gaten gehouden worden. De overige apparatuur ter bewaking en ondersteuning van de zieke neonaten zoals monitoren, infusen en beademingsapparatuur staat of hangt rondom en boven de couveuse (Oudersenzo, 2016). Wanneer er sprake is van opname in een wiegje, betreft dit een standaard kraamwiegje waarin ook gezonde neonaten worden opgenomen.

2.6 Behoeftes van ouders met een zieke neonaat

Bernhoven ziekenhuis denkt door de invoer van verschillende eerdergenoemde toepassingen goed aan te kunnen sluiten bij de wensen en behoeften van de ouders. Echter is nog niet onderzocht of dit ook het geval is, omdat er nog niets bekend is van de mening van de ouders wat betreft de invulling van zorg. Wel zijn er vanuit literatuurstudie een aantal basisbehoeftes bekend. Uit deze literatuurstudie blijkt dat de behoefte van de ouders waarvan een kind is opgenomen, te zijn onderverdelen in zes basis ouderschapsbehoeftes. Cleveland (in Sikorova & Kucova, 2011) identificeerde: nauwkeurige informatieoverdracht, de zorg en bescherming van het kind, contact met het kind, positief ontvankelijk personeel, individuele zorg en een rustgevende en therapeutische relatie met het verplegend personeel. Andere behoeftes die in kaart zijn gebracht door Connor & Nelson (in Sikorova & Kucova, 2011) zijn: veiligheid, zorgbehoeftes, communicatie, constante informatie, uitleg, pijnbeheersing en de behoefte aan nabijheid en steun.

Ook het reduceren van stressfactoren is van belang. Belangrijke stressfactoren zijn: een hulpeloos gevoel omtrent het niks kunnen doen voor het kind, het kind niet kunnen beschermen, het kind zelf niet kunnen voeden en wanneer de moeder het gevoel heeft dat het kind pijn ervaart (Sikorova & Kucova, 2011). Een gemis van vroeg contact en een directe scheiding na de geboorte zijn ook extreem stressvol en emotioneel voor de ouders. Dit wordt vaak vergeten (Turnbull & Petty, 2013). In de literatuur is vooral veel te vinden over de behoeftes van de moeders, echter zijn de behoeftes

van de vaders veel minder in kaart gebracht. Wel is er bekend dat het toepassen van huid op huid contact positieve gevoelens en participatie bij de vader opwekt (Turnbull & Petty, 2013). Een opname van een kind in een couveuse kan voor de ouders als traumatisch worden ervaren. Dit blijkt uit eerdere ervaringen van de ouders van de premature kinderen die opgenomen zijn in een couveuse (Jackson, Ternestedt, & Schollin, 2003). De baby komt onverwacht en veel te vroeg. De ouders worden door het ouderschap overvallen. De ouders voelen zich angstig en zijn bezorgd over de gezondheid van de baby. Na de geboorte dringt de verwerking van het beeld van een perfecte, voldragen baby zich op. De emoties van de ouders variëren van blijdschap tot verdriet. Een mogelijk kennistekort van de ouders leidt tot nog meer angst. De ouders zien hun kind in een onbekende omgeving en zijn niet bekend met allerlei apparatuur. Aangezien enkel het personeel het kind de specifieke medische zorgen kan geven, is het voor de ouders erg lastig om zich echt ouder te voelen. In het begin kunnen de ouders weinig ouderlijke taken op zich nemen. Dit brengt gevoelens van falen, incompetentie en machteloosheid met zich mee. Als de conditie van de baby verbetert, worden de ouders door het personeel meer in de zorg betrokken. De ouders hebben vaak het gevoel dat het kind niet aan hén maar aan het zorgteam toebehoort (Jackson, Ternestedt, & Schollin, 2003). Dit alles leidt tot stress bij de ouders. Steun moet deze stressfactoren doen afnemen. Als aan deze behoefte kan worden voldaan, zal er betere communicatie tussen de moeder en het kind, en de moeder en de zorgverlener ontstaan (Sikorova & Kucova, 2011).

Wat in veel artikelen naar voren komt, is dat wat de verpleegkundige denkt dat de behoeftes van de ouders zijn, vaak verschilt van wat de echte behoeftes zijn. Zorgverleners moeten iedere familie zien als een individuele groep met specifieke behoeftes (Mundy, 2010). Het blijkt erg van belang de behoeftes van de ouders uit te vragen en niet vanuit aannames te werken.

2.7 Relevantie voor verpleegkundige beroepspraktijk

Binnen gezinsgerichte zorg wordt uitgegaan van het gezin om de pasgeborene heen. Dit is een van de basisprincipes van gezinsgerichte zorg. Binnen het beroepsprofiel van verpleegkundigen opgesteld door de V&VN, wordt hierover het volgende beschreven: “Verplegen is gericht op de persoon als geheel in zijn of haar context met zijn of haar leefwijze, niet op een bepaald aspect of een specifieke pathologische situatie” (V&VN, 2012). Dit uitgangspunt van de beroepscode sluit mooi aan bij de visie van gezinsgerichte zorg waarbij het gezin als een op zichzelf staand functionerend systeem wordt gezien. Als verpleegkundige dien je hier rekening mee te houden en de zorg aan te passen aan de wensen en behoeftes van het gezin.

Het beroepsprofiel voor verpleegkundigen dat in 2020 in de praktijk in werking treedt, beschrijft het belang van het samenwerken met de patiënt, hun naasten en andere mantelzorgers (V&VN, 2012). Dit partnerschap is doorgevoerd binnen de interventies van gezinsgerichte zorg. Als verpleegkundige heb je binnen de gezinsgerichte zorg meer een coachende en ondersteunende rol. Het beroepsprofiel van V&VN benoemt een nieuwe rol van verpleegkundigen die te vergelijken is met gezinsgerichte zorg, namelijk de samenwerkingspartner. Hierover wordt het volgende beschreven: “De verpleegkundige handelt vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines, en met leidinggevend. Zij deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten” (V&VN, 2012).

De volgende punten die vermeld staan in de Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (2015) hebben betrekking op de relatie met de zorgvrager.

“Als verpleegkundige/verzorgende werk ik samen met de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger).
Als verpleegkundige/verzorgende werk ik samen met de naasten/mantelzorgers van de zorgvrager.
Als verpleegkundige/verzorgende zorg ik ervoor dat de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) de informatie krijgt, die hij nodig heeft”.

Bovenstaande punten sluiten aan bij twee van de basisprincipes van gezinsgerichte zorg, namelijk informatieverstrekking met behulp van goede communicatie en samenwerking. Als verpleegkundige werk je binnen de gezinsgerichte zorg veel meer ondersteunend en begeleidend. Je werkt samen met het gezin voor de zorg die past bij het gezin en voorzien is van goede kwaliteit. Ook binnen de CanMEDS rollen wordt op deze twee basisprincipes van gezinsgerichte zorg aangesloten. De rollen communicatie en samenwerking worden apart beschreven binnen de CanMEDS rollen (V&VN, z.d.). Het belang en de relevantie van gezinsgerichte zorg wordt via de beschrijving van de CanMEDS rollen duidelijk aangetoond.

Hoofdstuk 3 Methode

3.1 Design

In dit onderzoek is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek omdat er diepgaande informatie nodig was omtrent meningen en ervaringen. Kwalitatief onderzoek brengt de behoeftes van de ouders het beste in kaart. Kwalitatief onderzoek houdt zich bezig met de belevingen, ervaringen of verwachtingen van personen (Bakker & van Buren, 2014, p.45). Kwalitatief onderzoek vindt plaats in de alledaagse omgeving. De situatie wordt niet beïnvloed door de onderzoeker (Bakker & van Buren, 2014, p. 45). Binnen dit onderzoek sluit de kwalitatieve vorm aan bij de onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag is namelijk open en breed. Bij dit kwalitatieve onderzoek werd gebruik gemaakt van een survey. Bij een survey is het doel het verzamelen van informatie over bepaalde onderzoekseenheden (Baarda, 2014). Bij een kwalitatieve survey wordt vaak gebruik gemaakt van diepte-interviews of vragenlijsten.

Deze kwalitatieve survey is beschrijvend van aard. Bij dit onderzoek worden de behoeftes van de ouders met een zieke neonat op verschillende gebieden bekeken. Bij beschrijvend onderzoek worden verschillende eigenschappen van een onderwerp in kaart gebracht (Bakker & van Buren, 2014, p 44). Door middel van de interviews die in dit onderzoek gebruikt werden, werden alle behoeftes uitgevraagd en vervolgens gedetailleerd beschreven.

Er is in afstemming met de opdrachtgever gekozen voor dwarsdoorsnedeonderzoek, omdat het onderzoek binnen een kort tijdsbestek plaats moest vinden en de behoeftes binnen de eerste 14 dagen postpartum in kaart werden gebracht. Dwarsdoorsnedeonderzoek is een vorm van onderzoek waarbij onafhankelijke en afhankelijke variabelen op hetzelfde moment gemeten worden (Bakker & van Buren, 2014, p 51). "Het voordeel hiervan is dat de dataverzameling snel en efficiënt verloopt, er is geen kans op uitval van proefpersonen gedurende de tijd. De factor 'tijd' neem je bij dit type onderzoek niet mee"(Bakker & van Buren, 2014, p 51).

3.2 Populatie en steekproef

De onderzoekspopulatie is de groep ouders met een zieke neonat die opgenomen was in Bernhoven ziekenhuis op de couveuse of kraamafdeling. De gehele populatie bestaat uit tien ouders. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria. Deze worden in tabel 3.0 weergegeven.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Ouders waarvan de zieke neonat is opgenomen op de couveuseafdeling in een couveuse of in en wiegje	Ouders met een gezonde neonat
Ouders waarvan de zieke neonat is opgenomen op de kraamafdeling en specialistische hulp nodig heeft	Ouders waarvan de zieke neonat is opgenomen buiten de eerste 14 dagen postpartum
De zieke neonat is tenminste 48 uur opgenomen	Overige familie buiten moeder en echtgenoot
Ouders hebben tenminste 48 uur gebruik gemaakt van een kamer op de couveuseafdeling of kraamafdeling	
Alle leeftijdscategorieën van ouders	
De ouders van de zieke neonat zijn de biologische ouders	

Alle ouders moeten Nederlands kunnen spreken, lezen en begrijpen	
Alle gravida's en pariteiten	
Alle vormen van ziekten onder de neonaten	

Tabel 3.0 In- en exclusiecriteria van dit onderzoek.

De ouders van een gezonde neonat werden uitgesloten van onderzoek, omdat dit niet aansluit bij de onderzoeksvraag. Er werd gekozen alle leeftijdscategorieën mee te nemen in het onderzoek om een zo breed mogelijk perspectief aan behoeften te schetsen. De zieke neonat moest tenminste 48 uur opgenomen zijn, zodat de ouders de tijd kregen hen behoeften eerst te ervaren. De ouders van een zieke neonat waren de biologische ouders. Deze ouders maakten optimaal gebruik van de aspecten van gezinsgerichte zorg mede omdat de moeder opgenomen was gedurende de kraamtijd en eventueel langer. Echter was een volledige opname gedurende de kraamtijd niet een vereiste. De moeders die bijvoorbeeld na 48 uur met ontslag gingen, werden ook in dit onderzoek geïnccludeerd. Alle gravida's en pariteiten werden in dit onderzoek meegenomen. Met gravida wordt de hoeveelheid zwangerschappen bedoeld, pariteiten staat voor het aantal kinderen dat al geboren is. De interviews moesten plaats vinden in de eerste 14 dagen postpartum op advies van de afdeling. Dit omdat er binnen deze 14 dagen optimaal gebruik werd gemaakt van de verschillende aspecten van gezinsgerichte zorg en ouders de eerste dagen postpartum geen behoefte hadden aan interviews.

De vaders kunnen andere behoeftes ervaren dan de moeders. Er werd gekozen een criterium te stellen dat 30% van de ondervraagden een vader moest zijn. Deze 30% werd gebaseerd op het feit dat de vaders niet altijd aanwezig waren op de afdeling. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een vader die niet verblijft op een gezinskamer omdat hij de zorg heeft voor de kinderen thuis. Door middel van het stellen van dit criterium werden de behoeften van beide ouders in kaart gebracht.

Vanuit de populatie die voldoet aan bovenstaand in-en exclusiecriteria werd een steekproef getrokken. Het was onmogelijk de gehele aanwezige populatie binnen een kort tijdsbestek te interviewen. De steekproef van dit onderzoek is een selectieve steekproef. Binnen dit onderzoek werden de ouders van een zieke neonat benaderd die aan de inclusiecriteria voldoen. Echter was dit wel gebonden aan de ziekenhuisopname van de moeder en de neonat, dus was er sprake van een bepaalde toevalligheid omtrent de aanwezigheid van de ouders. In zekere mate was er dus ook sprake van een gelegenheidssteekproef omdat geboortes niet te voorspellen zijn. Door deze methode toe te passen werd er een representatieve steekproef voor Bernhoven ziekenhuis getrokken.

3.3 Dataverzameling

In dit onderzoek werd als meetinstrument gebruikt gemaakt van semigestructureerde interviews. Bij semigestructureerde interviews liggen de onderwerpen die behandeld worden vast en is er een globaal idee van de vragen die gesteld worden bij ieder onderwerp, maar zijn er geen gestructureerde antwoordcategorieën (Bakker & van Buren, 2014, p.92). De interviews werden uitgevoerd middels face-to-face contact. Een voordeel van een face- to-face contact, is dat de onderzoeker controlemogelijkheden heeft. De non-verbale communicatie kan worden waargenomen. De interviews werden opgenomen met een voicerecorder, mits toestemming van de ouders. Bij dit onderzoek werden de onderwerpen met een aantal vragen vooraf gecategoriseerd. De vragen werden opgesteld met behulp van een topiclijst (zie Bijlage 10). Een topiclijst is een lijst met onderwerpen en subonderwerpen. Ook werd er gebruik gemaakt van een interviewgide. De topiclijst en de interviewgide dienden tijdens dit onderzoek als een houvast voor de interviewers (zie Bijlage 9 en 10). De topiclijst van dit onderzoek werd gebaseerd op de literatuursearch uitgevoerd binnen dit onderzoek met aanvullingen vanuit de opdrachtgevers. Er is bij deze

methodiek geen beperking in antwoordmogelijkheden en de mogelijkheid om door te vragen. Dit gaf de ouders de mogelijkheid hun persoonlijke behoeftes in eigen woorden te omschrijven. Het doorvragen gaf de onderzoekers de mogelijkheid om dieper gelegen behoeftes op te sporen.

De onderzoekers moesten zelf vaardiger worden in het afnemen van interviews gezien de geringe ervaring. Geringe ervaring met interviewen zou de resultaten van dit onderzoek kunnen belemmeren. Voorbeelden hiervan zijn: het niet kunnen hanteren van een vaste interview structuur, het niet kunnen anticiperen op onvoorziene gebeurtenissen tijdens het interview en niet kunnen doorvragen. Om deze reden is ervoor gekozen een aantal pilotinterviews af te nemen. Dit zijn interviews waarin de vaardigheden om te interviewen worden geoefend. Elke onderzoeker heeft tweemaal een interview afgenomen met een buitenstaander. Deze interviews werden opgenomen middels een voicerecorder. Na afloop van de interviews werden de gesprekken met elkaar geëvalueerd. Tijdens het afnemen van pilotinterviews werd er nagedacht over moeilijke situaties en hoe hierop te anticiperen. Dit werd gedaan zodat er zo min mogelijk bias optrad gedurende de dataverzameling.

Het afnemen van interviews vroeg de nodige voorbereiding. In eerste instantie moesten de verpleegkundigen en de afdeling op de hoogte zijn van het onderzoek. Verpleegkundigen werden doormiddel van de nieuwsbrief met een aanvullende brief op de hoogte gesteld (zie Bijlage 5 en 6). In de aanvullende brief werden de in- en exclusiecriteria beschreven, zodat de verpleegkundigen een beeld hadden van de onderzoekspopulatie.

De interviews werden afgenomen binnen een periode van 4 weken. Op het moment van interviewen was de pasgeborene opgenomen. In overleg met de opdrachtgevers van de afdeling werd ervoor gekozen de verpleegkundige de patiënten te laten benaderen en om toestemming te vragen. Dit omdat zij een band met de ouders hadden en verpleegkundigen beter in konden schatten of de ouders toe zijn aan een interview. Middels de in en exclusiecriteria beschreven in de aanvullende brief, waren de verpleegkundigen in staat de juiste ouders te benaderen. De onderzoekers hebben gedurende deze 4 weken dagelijks telefonisch contact gehad met de senior-verpleegkundigen van de afdeling. Zij hielden zich vooral bezig met de werving van respondenten, stuurden ander collega's hierin aan en hadden overzicht in welke ouders wel en niet benaderd waren. Nadat ouders toestemming gaven, werd er door de verpleegkundigen een (door de onderzoekers opgestelde) informatiebrief en informed consent formulier overhandigd (zie bijlage 7 en 8). Hierna maakten de verpleegkundigen in overleg met de onderzoekers, een afspraak met de ouders voor het interview. Bij aanvang van de interviews werd de informatie beschreven in de brief, nogmaals door de onderzoekers mondeling toegelicht en werd er ingegaan op enkele vragen van de ouders.

De vaders en moeders werden apart van elkaar geïnterviewd, om beïnvloeding van elkaar te voorkomen. De interviews vonden plaats in een rustige omgeving. Beide onderzoekers waren aanwezig tijdens het interview. De ene onderzoeker nam de leiding in het interview. De andere onderzoeker vulde eventueel aan waar nodig, maakte aantekeningen, bewaakte de tijd en bediende de voicerecorder. Deze taken werden per interview afgewisseld.

3.4 Dataverwerking en data-analyse

Nadat de data zijn verzameld zoals hierboven wordt omschreven werden deze getranscribeerd. Deze bestanden werden vervolgens geanonimiseerd. Dit werd verwerkt in een databestand van Microsoft Word. Gezien de informatie in deze transcripten vertrouwelijk was, moest hier zorgvuldig mee worden omgegaan. Zie bijlage 4 voor de ondertekende verklaring omtrent geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens. De getranscribeerde interviews werden opgeslagen op een USB-stick die beveiligd is met een wachtwoord. Hiervan werd een kopie gemaakt die overhandigd werd aan de opdrachtgevers. De getranscribeerde interviews werden verwerkt volgens

een aantal stappen (H. Poppen, hoorcollege data verzamelen en -verwerken, persoonlijke mededeling, 11 oktober 2016). Deze worden hieronder stap voor stap uitgewerkt. Voor een inzage in dit proces wordt u verwezen naar de apart aangeleverde bijlage.

Alinea's maken: binnen de getranscribeerde interviews in het databestand werden alinea's gemaakt. Een alinea bestaat uit een stuk samenhangende tekst dat over hetzelfde onderwerp gaat. Deze alinea's werden gemaakt binnen de transcripten in het Microsoft Word bestand.

Alinea's nummeren: de in de vorige stap gevormde alinea's kregen vervolgens nummers. Hierdoor werd er inzicht verkregen in hoeveel onderwerpen er werden behandeld in het interview.

Niet relevante alinea's doorstrepen: de alinea's die niet relevant waren voor de onderzoeksvraag werden doorgestreept binnen het databestand in Microsoft Word. Deze werden dus niet meegenomen in de data die de onderzoeksvraag beantwoord. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een stuk inleiding van het interview waar de onderzoekers zich voorstellen, of een opmerking of er een korte pauze mag worden ingelast omdat de geïnterviewde persoon naar het toilet moet. Deze stap hebben beide studentonderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Dit in verband met de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Op deze manier werden er verschillende invalshoeken gebruikt om te bekijken wat relevant was en wat niet.

Open coderen: de alinea's die relevant zijn voor dit onderzoek werden gecodeerd. Dat houdt in dat de alinea's codes krijgen. De woorden die hierbij gebruikt werden zullen overeenkomen met woorden die in de interviews zijn gebruikt. Ook deze taak werd door beide studentonderzoekers onafhankelijk uitgevoerd in verband met de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Synoniemen samenvoegen: alle open codes werden in deze stap naast elkaar geplaatst en uitgeprint op papier. Codes die op elkaar leken of precies dezelfde benaming hadden, werden doorgestreept en samengevoegd onder één code. Na deze stap bleven er minder codes over.

Axiaal coderen: de open codes van de vorige stap werden bij axiaal coderen ondergebracht in categorieën. Alle codes werden op gekleurde briefjes geschreven waar vervolgens mee geschoven werd. Na het vormen van categorieën werd er gekeken naar overstijgende termen die de overeenkomende codes samenvatten.

Selectief coderen: op basis van de gevormde categorieën in de vorige stap werden concepten gevormd. Dit zijn abstractere begrippen die als het ware boven de axiale categorieën hangen. Na het uitvoeren van deze stap bleven er minder categorieën over. Op basis van de axiale en selectieve codes werden de resultaten in hoofdstuk 4 beschreven.

Gedurende de afname van de interviews, kregen de onderzoekers een brief van een ouder die geïnterviewd was. Hier stonden aanvullende behoeftes in die inhaakte op wat er besproken was in het interview. Deze brief is achter het getranscribeerde interview van de ouder geplaatst en mee gecodeerd volgens bovenstaande stappen.

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De kwaliteit van de verzamelde data in dit onderzoek wordt medebepaald door de validiteit, betrouwbaarheid en de relatie tussen deze twee factoren.

Omdat dit onderzoek een kwalitatief ontwerp heeft, wordt er gesproken over geldigheid in plaats van validiteit.

Bij dit kwalitatieve onderzoek hadden de onderzoekers een belangrijke rol in het waarborgen van de geldigheid. Dit onderzoek heeft zich afgespeeld in een situatie die zich dicht bij de werkelijke situatie bevindt. Er was geen sprake van manipulatie gedurende de interviews en er is dus sprake van ecologische validiteit bij dit onderzoek. De instrumentele validiteit van dit onderzoek werd behaald door het gebruik van de topiclijst (die gebaseerd is op literatuur) en het voorleggen van deze topicslijst aan experts. In dit onderzoek waren dat de opdrachtgevers. Dit wordt ook wel expertvaliditeit genoemd. Met de instrumentele validiteit en expertvaliditeit wordt bijgedragen aan het principe dat er wordt gemeten wat er gemeten moet worden.

Bij kwalitatief onderzoek kan de betrouwbaarheid worden beschreven aan de hand van vier aandachtspunten (Bours, Eliens & Stijbol, 2009, pp 112-114). Deze vier aandachtspunten dragen bij aan de mate waarin de dataverzameling onafhankelijk is van toeval. Deze worden hieronder uitgewerkt.

Geloofwaardigheid

De geloofwaardigheid binnen een onderzoek kan worden verhoogd door: onderzoekerstriangulatie, datatriangulatie, reflectie, member checking, aandacht besteden aan afwijkende gevallen en het principe van contante vergelijking. Binnen dit onderzoek is er als volgt getracht om de geloofwaardigheid sterk te laten zijn. De onderzoekers hebben de getranscribeerde interviews gecodeerd en deze onafhankelijk van elkaar van feedback voorzien. Dit is onderzoekerstriangulatie. Middels een logboek dat werd bijgehouden tijdens de dataverzameling, werd reflectie toegepast in dit onderzoek. Hiermee werd teruggekeken op gedachtes, bevindingen en beslissingen gedurende de dataverzameling. Door middel van het logboek werd het creëren van een eenzijdig beeld voorkomen, omdat in het logboek de opvallende factoren uit het interview werden beschreven. Verder werd er gebruikt gemaakt van het principe van constante vergelijking. De behoeftes van de ouders werden vergeleken met de behoeftes die in een eerder interview naar voren waren gekomen. De interviews werden onderling vergeleken om te bekijken of er nieuwe behoeftes naar voren kwamen.

Verplaatsbaarheid

“Bij kwalitatief onderzoek zijn de resultaten gebonden aan tijd, plaats en context” (Bours, Eliens & Stijbol, 2009, p 113). Verplaatsbaarheid wil dan ook niet zeggen dat de resultaten direct overdraagbaar zijn, maar gaat meer over de interpretatie van de lezer. Binnen dit hoofdstuk is gedetailleerd beschreven onder welke populatie en omstandigheden het onderzoek heeft plaatsgevonden. Dit wordt ook wel thick description genoemd. Door op deze wijze zo transparant mogelijk te zijn, krijgt de lezer informatie om de resultaten te vergelijken met andere settings en kan deze zelf inschatten of de resultaten van toepassing zijn op een andere setting. De manier waarop de respondenten zijn geselecteerd is ook van invloed op de verplaatsbaarheid van een onderzoek (Bours, Eliens & Stijbol, 2009, p 113). Hierbij is het van belang of de respondenten een goede afspiegeling zijn voor de groep die bestudeerd wordt. Dit is bij dit onderzoek uitgebreid beschreven binnen dit hoofdstuk binnen paragraaf 2. De lezer zal zelf een inschatting moeten maken of de respondenten van dit onderzoek een goede afspiegeling zijn voor een andere groep die bestudeerd wordt.

Plausibiliteit

“Plausibiliteit heeft te maken met veranderingen die door de onderzoekers of het onderzoeksdesign geïntroduceerd worden. Transparantie op dit vlak is van groot belang” (Bours, Eliens & Stijbol, 2009, p 113). Dit wordt bereikt door goed en gedetailleerd te beschrijven hoe het onderzoeksproces en de analyse verloopt, maar ook door gemaakte keuzes te beschrijven. In dit onderzoek wordt dit in dit hoofdstuk gedaan. Het onderzoeksdesign van dit onderzoek was flexibel. Van tevoren was niet vast te stellen hoe dit onderzoek precies zou verlopen. Nadat de dataverzameling en verwerking heeft plaatsgevonden is dit opnieuw heel gedetailleerd beschreven in dit hoofdstuk. Ook zijn er opnames

gemaakt van de interviews, zijn deze getranscribeerd en hebben de onderzoekers deze onafhankelijk gecodeerd. Dit draagt alle bij aan het vergoten van de plausibiliteit.

Verifieerbaarheid

“Verifieerbaarheid heeft betrekking op de mate waarin de resultaten gebaseerd zijn op de bijdrage van de ondervraagde, en niet op de bias (vooringenomen standpunt) van de onderzoeker” (Bours, Eliens & Stijbol, 2009, pp 114-115). Binnen dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van een logboek waarop zoals hierboven al eerder omschreven, het principe van reflectie van toepassing is. De opdrachtgever en docentbegeleider hebben een inhoudelijke controle op de analyses, bevindingen en gebruikte codes uitgevoerd. Dit wordt ook wel peer review genoemd. De wijze waarop de onderzoekers mogelijk de resultaten hebben kunnen beïnvloeden zijn opgenomen in de discussie. Door dit te beschrijven binnen dit onderzoek wordt de verifieerbaarheid vergroot.

Hoofdstuk 4 Resultaten

4.1 Omschrijving onderzochte groep

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestond uit ouders waarvan een pasgeborene is opgenomen voor specialistische zorg in Bernhoven ziekenhuis. De ouders van 11 kinderen zijn benaderd om mee te doen aan het onderzoek, in totaal 22 ouders. Hiervan gaven twaalf ouders in eerste instantie toestemming, maar één echtpaar is niet geïnterviewd vanwege vervroegd ontslag. De ouders die geen toestemming gaven hoefde hiervoor geen reden op te geven. Uiteindelijk zijn tien ouders geïnterviewd, waarvan zeven moeders en drie vaders. De ouders van zeven kinderen zijn geïnterviewd. Bij drie kinderen beide ouders, bij vier kinderen alleen de moeder.

Bij negen van de ouders ging het om een eerste kind. Onder de ouders binnen de onderzoekspopulatie hebben zich verschillende vormen van verblijf voorgedaan. Ook waren er binnen de onderzoekspopulatie verschillen in de duur van de opname en het verblijf (zie tabel 4.1).

Interview	Ouder	Verblijf	Duur van verblijf	Plaats van verblijf op moment van interview
1	Moeder	Gescheiden	8 dagen + logeerkamer	Kraamafdeling + logeerkamer
2	Moeder	Enkele dagen gescheiden	8 dagen	Couveuseafdeling Gezinskamer
3	Moeder	Enkele dagen gescheiden	8 dagen	Couveuseafdeling Gezinskamer
4	Vader	Enkele dagen gescheiden	-	Thuis
5	Moeder	Enkele dagen gescheiden	8 dagen	Kraamafdeling Gezinskamer
6	Moeder	Gescheiden	8 dagen	Kraamafdeling Gezinskamer
7	Vader	Gescheiden	Enkele nachten	Kraamafdeling Gezinskamer
8	Moeder	Gescheiden	-	Thuis, kwam over uit ander ziekenhuis
9	Moeder	Gescheiden	8 dagen	Thuis
10	Vader	Gescheiden	Enkele nachten	Thuis

Tabel 4.1: Schematische weergave van de onderzoekspopulatie.

Vier ouders van de onderzoekspopulatie zijn na het verblijf van moeder samen met hun kind naar huis gegaan. Vijf ouders gingen naar huis zonder kind omdat het kind nog moest verblijven op de couveuseafdeling. Eén ouder heeft na het verblijf gebruik gemaakt van de logeerkamer. Hierbij was er nog geen duidelijkheid over het ontslag van het kind en de mogelijkheid om gebruik te maken van de logeerkamer. Of deze ouder samen met het kind of zonder het kind naar huis is gegaan, is niet bekend.

Bij de onderstaande beschrijving van de resultaten wordt eerst aandacht besteed aan de situatie waarin ouders zich bevinden en er wordt steeds meer toegewerkt naar aspecten die betrekking hebben op de huidige invulling van gezinsgerichte zorg op de afdeling. De resultaten worden beschreven aan de hand van de selectieve en axiale codes die ontstaan zijn bij het coderen. Zie tabel 4.2 voor een schematische weergave van de codes en de volgorde.

Selectieve code	Axiale code
Reactie op onverwachte specialistische zorg	Coping
	Vader vs moeder
	Drang tot samenzijn
	Ervaringen delen
Werkwijze personeel	Rust
	Naar huis
	Voorbereiding
	Bejegening
	Begeleiding
	Informatieverstrekking
	Besluitvorming
	Veel en verschillende hulpverleners
	Service
	Kwaliteiten
	Faciliteiten

Tabel 4.2: Schematische weergave van de selectieve en axiale codes.

4.2 Reactie op onverwachte specialistische zorg

Coping

Veel ouders gaven gedurende de interviews aan dat het hebben van een pasgeborene die specialistische zorg nodig heeft iets anders is dan de verwachting die je voor ogen had. Hierdoor leven de ouders in het moment, gaven zij aan. Het is een hectische gebeurtenis die veel gevoelens en emoties opwekt bij de ouders. Eén ouder gaf aan hierdoor tussen de roze wolk en de realiteit te schipperen. Eén vader gaf gedurende het interview aan emotioneel te moeten herstellen van de plotselinge gebeurtenis en dat het hem hielp om een eind te wandelen om zijn hoofd leeg te maken. Ondanks de intensiteit van de situatie gaven veel ouders aan dat ze zich overgeven aan de situatie. De situatie is nu eenmaal zo, en je dealt met de situatie. Het merendeel van de ouders gaf dan ook aan begrip te hebben voor het huidige systeem van Bernhoven ziekenhuis. Eén ouder waarvan de pasgeborene het tweede kind was, gaf aan zich over de situatie heen te zetten voor het andere kind. Ook gaf deze ouder aan veel aandacht te besteden aan het betrekken van haar andere kind bij de pasgeborene. Het personeel draagt hieraan bij.

“Ik kan m’n hummeltje niet oppakken en er lekker mee op de bank zitten, opa en oma langs, kopje koffie erbij drinken en hem laten zien, z’n luier verschonen hem in bed leggen, ja dat is er niet.”

Vader vs moeder

De behoeftes tussen vaders en moeders verschillen nauwelijks van elkaar volgens de vaders. Eén vader noemt het meer een nuanceverschil. Wel werd er een verschil benoemd in de behoeftes door de verminderde mobiliteit van de vrouw. Na een bevalling moet een vrouw lichamelijk herstellen. Een vader gaf aan zelf alleen maar emotioneel te moeten herstellen van alles wat er is gebeurd. Ook benoemen de vaders dat zij een soort vaderlijke bescherming ervaren, zowel over hun kind als vrouw. Een andere vader benoemt dit aan de hand van het verschil in natuurdriften. Twee vaders gaven aan ook

“Een kind heeft af en toe meer behoefte aan zijn moeder dan aan zijn vader en ja hij moet mijn geur kennen en bij mij liggen en weten wie ik ben, maar ik moet met hem om kunnen gaan, maar uiteindelijk kan mijn vrouw hem iets geven wat ik hem niet kan geven.”

relatief makkelijk afstand te kunnen nemen van het kind en zich op te kunnen offeren voor de band tussen moeder en kind. Zij geven dan ook aan een klein verschil te ervaren in het moederlijke contact en het vaderlijke contact. De knuffelbehoefte is volgens deze vaders ook bij hun aanwezig, maar sterker bij de vrouw. Alle vaders vinden dat zij even goed betrokken worden in alle aspecten van de zorg als de moeders. Enkele moeders gaven aan het lastig te vinden om zich in een afhankelijke positie te bevinden en veel hulp nodig te hebben van anderen. Wel vinden zij het prettig dat de zorg dan over wordt genomen door de partner of een hulpverlener.

Drang tot samenzijn

Alle ouders gaven gedurende de interviews aan dat zij zeer grote drang hebben om samen te zijn met hun pasgeborene. Het merendeel van de ouders noemt dit de hoofdbehoefte. Ouders gaven aan dat het samenzijn in hun ogen de hechting met hun kind bevordert. Ook leerden een aantal ouders hierdoor te reageren op hun kind. Een moeder gaf aan door het samenzijn het resultaat van haar zware bevalling naast haar te zien. Samenzijn geeft ouders een

“Maar alles in jou schreeuwt dat je bij je kind wil zijn. Als ik hier de lift naar beneden ga dan begint er al iets te koken en zodra ik in de auto zit moet ik gewoon huilen.”

“Nu kon ik er nog elke keer naartoe zeg maar en dat is nog steeds niet de ideale situatie, want je wil gewoon dat je kindje bij jou is.”

vertrouwd gevoel. Het merendeel van de ouders gaf aan dat ze het erg prettig vinden dat ze gedurende de opname van de pasgeborene in het ziekenhuis konden verblijven. Los van het feit of ze wel of niet samen met het kind op één kamer verbleven. De ouders verschilden met antwoorden op de vraag hoe ze de scheiding van hun pasgeborene hebben ervaren. Zeven ouders gaven aan de scheiding als erg vervelend en zelfs menonterend te ervaren. Drie ouders gaven aan dat ze de scheiding inmiddels wel gewend waren en het naar hun idee geen invloed had op de hechting. Een ouder die zonder kind met ontslag ging, zag het niet samen kunnen verblijven op één kamer met hun kind als voordeel bij het ontslag. Hij gaf aan al ‘gewend’ te zijn aan de scheiding van hun kind. Echter gaven alle ouders aan, graag samen met de pasgeborene die in de couveuse ligt op één kamer te willen verblijven wanneer deze mogelijkheid er is. Hieruit komt ook weer de drang tot samenzijn naar voren. Voor twee ouders zitten hier wel een aantal randvoorwaarden aan omdat zij aangaven dit wel erg inspannend te vinden. Zij gaven aan dat de monitor dan niet op de kamer zou moeten verblijven en de couveuse met de pasgeborene ’s nachts, of op een ander rustmoment terug zou moeten kunnen naar de couveuseafdeling voor hun eigen rust.

Ervaringen delen

Het merendeel van de ouders gaf aan behoefte te hebben om ervaringen te delen met ouders die iets soortgelijks hebben meegemaakt. Een reden hiervoor is het worstelen met gevoelens in deze periode, gaf een moeder aan. Eén vader gaf aan hier geen behoefte aan te hebben. De meeste ouders die hier behoefte aan hebben willen dit door middel van natuurlijk contact doen met andere ouders van de afdeling en niet volgens een ‘praatclub’.

Eén van deze moeders had een duidelijke voorkeur voor het middel internet. Veel ouders gaven aan dat deze behoefte pas ontstaat enkele dagen na de bevalling.

“Ja of als je allebei een uurtje moet wachten op het kolven en dan weer naar huis gaat. Op die manier het liefst, ik hoef geen praatclub.”

4.3 Werkwijze personeel

Rust

Zoals eerder al beschreven werd is de periode die ouders in het ziekenhuis meemaken omtrent de geboorte van hun kind zeer hectisch. Veel ouders gaven dan ook aan dat het moeilijk is om voldoende te rusten in deze periode. Dit heeft te maken met alle nieuwe dingen die op de kersverse ouders afkomen en het drie uren ritme waarbinnen de meeste voedingen van de pasgeborenen plaatsvinden. Je wordt gedurende die periode geleefd, dit doe je jezelf ook wel aan, gaven

verschillende ouders aan. De ouders zijn eigenlijk de hele dag bezig met de zorg omtrent hun kind.

Verschillende moeders gaven aan dat het (te)vaak bezoeken van je kind heel vermoeiend en inspannend is, aangezien zij zelf nog herstellende zijn van de bevalling.

Eén vader gaf aan dat het ontbreken van rust een reden was om ervoor te kiezen niet in het ziekenhuis te

slapen. Hij zou op deze manier altijd fit zijn om voor het kindje te kunnen zorgen als zijn vrouw hiervoor te moe zou zijn. Een aantal ouders gaven aan dat het niet ontvangen van bezoek in deze periode enigszins voor rust zorgt. De ouders vinden dan ook dat ze deels zelf de rust in de hand hebben. Twee ouders gaven gedurende het interview aan dat het personeel ze wel wijst op het nemen van rust, maar dat er vervolgens geen momenten zijn waarop ze die rust kunnen nemen. Andere ouders gaven aan dat de rust ook beïnvloed wordt door de hoeveelheid verschillende mensen en disciplines waarmee je te maken hebt gedurende de opname. De weinige rust die de ouders ervaren werd door een combinatie van verschillende factoren beïnvloed.

“Waar je wel echt last van hebt is dat het gewoon zo druk is dat je op een gegeven moment echt niet meer weet waar je je rust moet pakken.”

Naar huis

De ouders binnen de onderzoekspopulatie reageerde verschillend op het ontslag en daarmee het naar huis gaan. De ouders die zonder kind naar huis gingen, gaven over het algemeen aan het erg lastig te vinden om hun kind achter te moeten laten in het ziekenhuis. Wel gaven deze ouders vaak ook aan dat er aan de andere kant ook wel de behoefte is om naar huis te gaan. De reden hiervoor is dat er thuis meer rust is. Echter vinden al deze ouders het

dubbel om naar huis te gaan. De ouders die samen met hun kind naar huis gingen, geven aan dat zij hier echt aan toe zijn en hiernaar uitkijken. Ouders die lang in het ziekenhuis verbleven hebben, gaven aan gedurende de lange opname behoefte te hebben aan tussendoor even naar huis gaan. Dit met de reden om even uit de situatie te kunnen stappen.

“Ik denk dat het vooral goed is voor ons dat we thuis wat meer rust hebben.”

“Morgen wordt het zwaarste denk ik, want morgen moet ik naar huis, dus dan moet je hem sowieso hier achterlaten.”

Vorbereitung

Alle geïnterviewde ouders gaven aan zo goed mogelijk voorbereid te worden op zowel de opname als het ontslag uit het ziekenhuis. In sommige gevallen is een couveuseopname enigszins te voorspellen. De ouders die zich in deze situatie bevonden werden voorbereid op de opname door alvast een rondleiding te

krijgen op de couveuseafdeling. De geïnterviewde ouders die gebruik hebben kunnen maken van deze rondleiding gaven aan dit erg prettig te vinden. Zij gaven aan dat de zorgverleners hiermee behoeftes voor probeerden te zijn en dat zij hierdoor rustiger naar een opname werden toe geleid.

“Als je me had gezegd dat die mogelijkheid er was, dan had ik gedacht van hé dat is slim, om eventjes te zorgen dat je niet zo met de Maxi-Cosi hier onder je arm buiten staat, zo van dit was het dan.”

Gedurende de opname gaven ouders ook aan het prettig te vinden voortdurend tips en trucs te krijgen. In de interviews vertelden zij dat de hulpverleners goed naar de toekomst kijken en gedurende de opname steeds meer zorg afstoten naar de ouders. Dit vinden ouders erg fijn. Ook wanneer de moeder en het kindje met ontslag gaan wordt er aandacht besteed aan de voorbereiding. De ouders van de kinderen in een couveuse gaven aan het goed te vinden dat de laatste 24 uur voor ontslag de ouders met het kind samen in het ziekenhuis moeten verblijven om zo alvast een thuissituatie na te kunnen bootsen. Wanneer er nog geen tips en trucs werden aangeboden gaven ouders aan dit nog te vroeg te vinden, maar wel het vertrouwen te hebben dat dit nog ging komen. Zij werden dan nog niet zozeer voorbereid op het naar huis gaan. Wel werden zij voorbereid op het zelf zorg uit kunnen voeren voor hun pasgeborene.

Bejegening

Als het gaat om de benaderingswijze van het personeel naar de ouders en het kind, gaven alle ouders aan hier erg tevreden over te zijn. Eén ouder gaf aan zelfs het gevoel te krijgen dat hun kindje het belangrijkste is op de afdeling. Dit gaf hem een erg fijn en vertrouwd gevoel. Het personeel speelt erg in op de individuele behoeftes van de ouders en kijken ook echt naar wat het kindje nodig heeft. Verder geven ouders aan dat het personeel er altijd voor hen is, dat zij persoonlijke aandacht van hen krijgen en dat het personeel erg behulpzaam is. Zij gaven aan dit erg belangrijk te vinden. Dit alles bevordert in hun ogen de band met het personeel. Wel is er een verschil in de focus van de twee afdelingen opgemerkt door één ouder. Zo ligt de focus volgens deze ouder op de kraamafdeling meer op de moeder en op de couveuseafdeling meer op het kind. Deze ouder gaf tevens aan dat dit begrijpelijk en normaal is. Dit wordt niet als vervelend ervaren.

“Er werken hier allemaal echt super lieve mensen die allemaal het beste met mij en met mijn dochtertje voor hebben.”

Begeleiding

Gedurende de gehele opname geven alle ouders aan goed begeleid te worden. De ondersteunende houding die het personeel aanneemt en daarnaast het geven van veel advies, wekt vertrouwen bij de ouders, doordat zij voor een groot deel de regie nog steeds zelf in handen hebben. Dit creëert bij de ouders het gevoel dat het ‘hun’ kind is en het kind niet toebehoort aan de zorgverleners. Ouders geven aan veel betrokken te worden in de verzorgingsmomenten voor hun kind en hierin ook steeds meer zelf te mogen doen. Dit vinden ouders erg prettig, vooral omdat deze begeleiding stap voor stap plaats vindt. Twee ouders gaven aan nog wat meer begeleiding te willen in de verwerking van hun emoties. De vader gaf aan het prettig te vinden zo nu en dan zijn verhaal te kunnen doen bij een persoon die wat verder van de situatie afstaat, het interview vond deze ouder dan ook erg prettig. De moeder gaf aan meer behoefte te hebben aan professionele begeleiding omdat de situatie erg hectisch is geweest. Deze moeder vertelde in het interview dat het personeel hier aandacht voor had en de tijd nam voor de emoties. Dit werd als prettig ervaren. Echter bleef deze moeder behoefte hebben aan meer gesprekken.

“Er is ook altijd iemand die mij dan overal bij helpt, als ik wil voeden of als ik wil knuffelen of wat dan ook.”

Informatieverstrekking

Het merendeel van de geïnterviewde ouders is erg goed te spreken over de informatieverstrekking binnen de afdelingen. Zij gaven aan dat het personeel voorloopt met informatie zowel mondeling als schriftelijk. Wanneer het om schriftelijke informatie gaat, pushen verpleegkundigen de ouders ook om deze informatie te lezen. De communicatie is duidelijk en wordt meerdere malen herhaald. De ouders gaven aan dit prettig te vinden, omdat de informatie vooral in de eerste dagen moeilijk blijft hangen. Ook gaven enkele ouders aan de overdracht tussen verpleegkundigen goed te vinden. Dit hadden de ouders opgemerkt doordat verpleegkundigen overal goed van op de hoogte zijn.

De goede communicatie en informatieoverdracht zorgt mede voor een goede structuur en veel duidelijkheid op de afdelingen. De ouders gaven aan dat deze informatiebehoefte nog meer van belang is, wanneer hun kindje of de moeder zich in een ernstigere situatie bevindt. Wat betreft de communicatie met de kinderarts en het deelnemen aan de artsenvisites zijn de reacties soms wat wisselend. Eén ouder gaf aan nog nauwelijks contact te hebben gehad met de kinderarts, dit heeft deze ouder als vervelend ervaren. Zij moest hierdoor haar vragen aan de verpleegkundigen stellen, maar vond het prettiger een specialist te kunnen spreken. Hierdoor kreeg zij het gevoel zelf achter hun informatie aan te moeten. Eén ouder gaf aan dat er onduidelijkheid was over het deel kunnen nemen aan een artsenvisite en gaf aan hier niet voldoende over geïnformeerd te zijn. Een andere ouder gaf juist aan de communicatie met de kinderarts voortreffelijk te vinden.

“Ze vertellen ook elke dag hoe die het in de nacht heeft gedaan of dat ze weer iets van de voeding erbij doen, of een slangetje eraf, je wordt elke dag wel heel goed geïnformeerd van hoe het met je kindje gaat.”

“We hebben in de hele week dat we hier zijn één keer contact gehad met de kinderarts en dat vind ik eigenlijk wel weinig.”

Besluitvorming

Veel ouders gaven aan dat zij goed werden meegenomen in de besluitvorming over hun kind. Een punt dat alle ouders erg prettig vinden is dat zij aanwezig mogen zijn bij de artsenvisites. Zij hebben het gevoel mee te kunnen beslissen als het om hun kind gaat en vinden ook dat hun mening hierin meegenomen wordt. Het aanbrengen van wijzigingen in een besluit is naar hun mening mogelijk. Dit gaf een goed gevoel omdat ouders de regie in handen houden en zich niet gepasseerd voelen. Ook zijn er een aantal ouders die op bepaalde punten wel plaats voor verbetering zien. Drie ouders gaven aandachtspunten aan als het gaat om de betrekking in besluiten. In enkele door hen geschetste situaties werd er een beslissing genomen terwijl deze niet overlegd was met de ouders. Een voorbeeld hiervan is het wijzigen van een voedingsschema zonder overleg. Het zijn, naar de mening van deze drie ouders meer mededelingen dan dat het een overleg is. Dat werd al snel als onprettig ervaren. Het ging hierbij vooral om het ontbreken van de argumentatie. De ouders gaven aan meer begrip te hebben wanneer iets in samenspraak met de ouders overlegd werd, doordat er wat meer wisselwerking is. Echter gaven ouders ook aan dat vooral het betrekken in de belangrijke besluiten erg van belang is, zoals het radicaal veranderen van het voedingsschema. Bij medische besluiten is er minder de behoefte om mee te willen beslissen, gaven de ouders aan. Dit omdat zij aangaven niet te beschikken over voldoende medische kennis.

“Uiteindelijk komt het wel weer terug, maar goed eerst heeft de verpleegkundige het plan verteld en dan komt de Physician Assistent. Ja, eigenlijk kan er nog wel wat bijgestuurd worden, maar is in principe het plan al in kunnen en kruiken.”

Veel en verschillende hulpverleners

Als het gaat om het aantal verschillende hulpverleners zijn de meningen sterk verdeeld. Ongeveer de helft van de ouders gaf aan deze hoeveelheid niet storend te vinden. Naar hun mening is het duidelijk welke discipline wat komt doen. Ook het verschil in de diensten van de verpleegkundigen vonden zij niet storend, als de verpleegkundigen maar goed op de hoogte waren. “Ze zijn allemaal even lief” werd er veelal gezegd. Wel riep dit voor een aantal ouders een dubbel gevoel op. Aan de ene kant vonden zij dit een voordeel, omdat je veel verschillende werkwijzen ziet en verschillende tips en trucs krijgt. Aan de andere kant merkte één ouder op dat dit verschil ouders ook onzeker zou kunnen maken. De andere helft van de ouders heeft de wisseling in verpleegkundigen vooral als nadeel ervaren. Het opdoen van veel nieuwe ideeën werd door deze ouders juist benoemd als nadeel. Ook gaven deze ouders aan dat zij sneller hun verhaal doen in kritieke situaties, bij een verpleegkundige die zij meerdere malen hebben gezien. Dit draagt volgens hen dan ook bij aan een vertrouwensband. Deze ouders zouden graag meer continuïteit zien in deze dienstwisseling. Niet alleen de dienstwisselingen van de verpleegkundigen werd als nadeel ervaren, ook het aantal disciplines kan nadelig werken. Zo gaven drie ouders aan dat er veel momenten zijn waarop er mensen op hun kamer komen en dit nadelig is voor hun rust. Een oplossing hiervoor zou volgens de ouders zijn dat er meerdere handelingen worden gecombineerd.

“Je ziet wel heel veel gezichten op een dag, maar het is toch een vaste kern. Dus op een gegeven moment ken je ze wel allemaal.”

“Als ik kijk naar hoe vaak ik dezelfde verpleegkundige heb gehad, dan is dat echt minimaal geweest.”

Service

Alle ouders vinden de service van het personeel van beide afdelingen erg goed. De ouders gaven aan 24 uur per dag naar hun kind te kunnen en vaak ook zo lang mogelijk te kunnen blijven als ze willen. Dit is voor hen van groot belang. Enkele ouders gaven aan dat zij wanneer mogelijk, door het personeel altijd naar de couveuseafdeling op en neer werden gebracht. Ook zijn er geen bezoektijden. Hierin zijn de afdelingen heel flexibel en dat wordt door de ouders als prettig ervaren, omdat zij zich in een drukke periode bevinden. Wat een grote pré is voor vooral de moeders, is dat zij hun volledige 8 kraamdagen mochten verblijven, terwijl er geen medische noodzaak voor de moeders was om opgenomen te blijven. Zij gaven dan ook aan dit erg te waarderen. Op de service hadden ouders niets aan te merken. Zij hebben het gevoel te allen tijde te kunnen bellen en vragen te kunnen stellen aan het personeel.

“Dat er altijd dan iemand was die mij gewoon daarheen bracht, dat ik in principe daar zolang kon blijven als ik wilde en ieder moment bij mijn kindje kon zijn. Dat heb ik wel als heel prettig ervaren.”

Kwaliteiten

Op de deskundigheid van het personeel op de beide afdelingen hadden de ouders niets aan te merken. Ze dragen met vertrouwen de zorg over aan de hulpverleners, gaven zij aan. Het alleen moeten laten van hun kind riep hierin geen angst op. Enkele ouders gaven aan het gevoel te hebben dat de verpleegkundigen er binnen hun mogelijkheden alles aan doen om de zorg zo goed mogelijk te kunnen laten verlopen. Het personeel scoort een dikke plus in de gastvrijheid, gaven verschillende ouders aan. De ouders beseffen ook dat zij de verpleegkundigen hard nodig hebben in de zorg voor hun kind. Ondanks de heftige situatie die de ouders ervoeren op deze afdelingen, kijken zij mede door de geboden goede zorg, toch positief terug op hun opname. De ouders ervaren het personeel als ‘echt een team’.

“Wat ik al vaker heb gezegd, ik ben 100% positief verbaasd over hoe het er hier aan toe gaat. Dat ze allemaal even lief zijn, je alles 100 keer willen uitleggen als je wat vraagt, je echt helpen en het vertrouwen geven in wat je aan het doen bent.”

Faciliteiten

Eén ouder binnen de onderzoekspopulatie heeft gebruik gemaakt van de logeerkamer. Deze ouder gaf aan het een hele fijne tussenoplossing te vinden. Echter vond deze ouder de logeerkamer ook wel erg ver lopen vanaf de couveuseafdeling. Dit vond de ouder een aandachtspunt. Enkele andere ouders die geen gebruik hebben gemaakt van deze kamer vonden de

logeerkamer wel een heel erg mooi aanbod. Het merendeel van de ouders gaf aan de webcamvoorziening (waarmee je ook thuis naar de baby kan kijken) zeer fijn te vinden. Ook het voedingenbord op de couveuseafdeling werd als iets positiefs ervaren. Eén vader gaf aan dat de slaapbank op de kraamsuites niet comfortabel is en dat hij graag een beter bed zou willen. Een andere vader gaf aan dat hij de sfeer en vormgeving van de afdeling als prettig ervoer en dat dit bijdroeg aan zijn beleving. Een moeder waarvan de pasgeborene het tweede kind is, vond de koffer voor de broertjes en zusjes een leuke toevoeging, haar andere kind kon hiermee dokteren.

“Ik denk dat dat echt wel bijdraagt aan je beleving, dat het er hier allemaal mooi uit ziet, verzorgt, het is niet een huiskamer en hier is niet je eigen slaapkamer, maar ze doen hun best om het gewoon gezellig te maken. Het staat natuurlijk ook op een geweldige locatie.”

Hoofdstuk 5 Discussie

In dit hoofdstuk wordt er kritisch gekeken naar de onderzoeksmethode en wordt ingegaan op de beperkingen hierin. Ook wordt er ingegaan op de resultaten van het onderzoek en zullen deze ter discussie worden gesteld.

5.1 Interpretatie resultaten

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de ouders vooral behoefte hebben aan het samenzijn met hun kind, het betrokken worden in zowel de besluitvorming als in de zorg, begeleiding en informatieverstrekking. In de literatuur worden de volgende behoeftes beschreven door Cleveland (in Sikorova & Kucova, 2011): nauwkeurige informatieoverdracht, de zorg en bescherming van het kind, contact met het kind, positief ontvankelijk personeel, individuele zorg en een rustgevende en therapeutische relatie met het verplegend personeel. Andere behoeftes die in kaart zijn gebracht door Connor & Nelson (in Sikorova & Kucova, 2011) zijn: veiligheid, zorgbehoeftes, communicatie, constante informatie, uitleg, pijnbeheersing en de behoefte aan nabijheid en steun.

Er kan dus gesteld worden, dat de resultaten van dit onderzoek overeenkomen met de resultaten uit de theorie. In deze theorie wordt tevens het belang benoemd van het uitvragen van individuele behoeftes van ouders, en niet te werken vanuit aannames. Bernhoven ziekenhuis zal dus te allen tijde moeten blijven kijken naar de individuele behoeftes van ouders.

Buiten het feit dat de resultaten uit de theorie en praktijk sterk overeenkomen, zijn er ook een aantal verschillen. Jackson, Ternestedt en Schollin (2003) beschrijven, dat aangezien enkel het personeel het kind de specifieke medische zorg kan geven, het voor de ouders erg lastig is om zich echt ouder te voelen. In het begin kunnen de ouders weinig ouderlijke taken op zich nemen. Dit brengt gevoelens van falen, incompetentie en machteloosheid met zich mee. De ouders hebben vaak het gevoel dat het kind niet aan hén maar aan het zorgteam toebehoort. Als de conditie van de baby verbetert, worden de ouders door het personeel meer in de zorg betrokken.

Tijdens het afnemen van de interviews, gaven ouders aan vanaf het begin van de opname erg goed betrokken te worden in zowel de zorg voor hun kind als in de besluitvorming. Het personeel nam hierin een ondersteunende rol aan. Mede hierdoor gaven de ouders aan zich evengoed ouder te voelen, ook al voerde het personeel vele taken uit. De zorg werd gedurende de opname steeds wat meer overgedragen aan de ouders. Zij werden hierin goed voorbereid. Dit wekte in deze gevallen juist vertrouwen op bij de ouders. De genoemde verschillen komen mogelijk tot stand door de werkwijze van het personeel en het al toepassen van gezinsgerichte zorg in Bernhoven ziekenhuis. Ook kunnen deze verschillen voortvloeien uit de verschillende situaties waarin ouders zich bevinden.

5.2 Relevantie voor de beroepspraktijk

In Bernhoven ziekenhuis was nog relatief weinig bekend over de daadwerkelijke behoeftes van ouders van zieke neonaten. De zorg werd vooral ingericht naar wat volgens hun visie goede zorg zou zijn. Met dit onderzoek wordt duidelijk of zij aansluiten bij de huidige behoeftes van ouders, doordat deze nu ook gedetailleerd in kaart zijn gebracht. Door middel van de aanbevelingen die in een volgend hoofdstuk worden gedaan, kan Bernhoven ziekenhuis nog beter aansluiten bij de behoeftes van ouders. Dit alles bevordert de kwaliteit van de geboden gezinsgerichte zorg. De gevonden resultaten in dit onderzoek komen erg overheen met de literatuur. Echter moet Bernhoven ziekenhuis altijd blijven kijken naar individuele behoeftes en kan de literatuur als leidraad dienen.

Voor onderwijs aan bachelor en vervolgoopleidingen betekenen de resultaten dat het belang van het aansluiten bij individuele behoeftes goed naar voren moet komen. In algemene zin is hier binnen het huidige curriculum al sprake van. Aan gezinsgerichte zorg en de toepassing hiervan wordt geen aandacht besteed. Men kan zich afvragen of het noodzakelijk is om gezinsgerichte zorg op te nemen

in het curriculum, omdat het een specifiek vakgebied betreft. In vervolgoopleidingen die betrekking hebben op neonatale- en obstetrische zorg is dit wel noodzakelijk.

Uit dit onderzoek blijkt dat vervolgonderzoek zich kan richten op het opstellen van een implementatie plan voortvloeiend uit de aanbevelingen van dit onderzoek.

5.3 Kwaliteitseisen

De geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid van dit onderzoek, werd bevorderd zoals in het hoofdstuk "Methode" beschreven is. Wel is er een kritische kanttekening te plaatsen in de validiteit van de meting, waardoor deze mogelijk nadelig werd beïnvloed. De onderzoekers hebben namelijk voorafgaand aan het onderzoek besloten de afname van interviews plaats te laten vinden in een aparte ruimte. Echter bleek dit in werkelijkheid niet altijd mogelijk te zijn. Ongeveer de helft van de interviews heeft plaatsgevonden op een eenpersoons patiëntenkamer waar de ouder verbleef. Bij enkele interviews was er sprake van bias doordat een kind onrustig werd of door personeel dat op de kamer kwam.

5.4 Beperkingen

Interviewfase

De onderzoekers hebben als methode van onderzoek gekozen voor het afnemen van semigestructureerde interviews. De onderzoekers zijn de interviews gestart met geringe ervaring in het afnemen van interviews. Na het afnemen van het tweede interview hebben de onderzoekers opgemerkt dat de wijze van interviewen naar hun idee te suggestief was. De volgende interviews werden hierdoor gevoerd met een andere wijze van vraagstelling, namelijk het stellen van open vragen en hierin minder sturing geven. De onderzoekers zijn van mening dat ze hierdoor mogelijk informatie zijn misgelopen. Echter waren de onderzoekers zich voorafgaand aan het onderzoek zeer bewust van de onervarenheid op het onderzoeksterrein. Er is daarom veel gebruik gemaakt van de kennis van docentbegeleider en de opdrachtgevers. De topiclijst is tot stand gekomen met behulp van verdieping in de literatuur en in overleg met de opdrachtgevers. Ook hebben er twee proefinterviews per onderzoeker plaatsgevonden. De onderzoekers hebben elkaar van feedback voorzien na afloop van elk interview en hebben gebruik gemaakt van het principe van constante vergelijking.

Gedurende de periode waarin het grootste gedeelte van de interviews werd afgenomen was het op de afdeling bovengemiddeld druk. De drukte op de afdeling in de periode van interviewen kan invloed hebben gehad op de ouderlijke behoeftes en ervaringen. Deze resultaten zijn mogelijk minder te generaliseren naar situaties waarin sprake is van een mindere of gemiddelde afdelingsdruk. In de interviews die in een rustigere periode zijn afgenomen kwamen echter geen andere behoeftes naar voren.

Tijdens de interviewfase werden er interviews afgenomen bij tien ouders. Vanaf de zevende ouder is er saturatie bereikt, omdat er geen nieuwe informatie naar voren kwam. Ook door het toepassen van een nieuwe wijze van interviewen kwamen zij niet tot nieuwe resultaten. De onderzoekers hebben besloten om na deze 7 interviews door te gaan met interviewen, om te voorkomen dat zij nieuwe informatie zouden mislopen. Dit bleek uiteindelijk niet het geval. Bij 10 interviews zijn de onderzoekers gestopt omdat er geen nieuwe respondenten werden aangedragen. Tijdens de interviewfase hebben de onderzoekers saturatie bereikt, maar er kan in twijfel worden getrokken of dit bij meerdere respondenten nog steeds het geval zou zijn. In elk interview bestaat de mogelijkheid dat er nieuwe informatie naar voren komt, al verwachten de onderzoekers dit niet gezien de grote overeenkomst binnen de uitgevoerde interviews.

Onder de respondenten van dit onderzoek bevonden zich ook vaders. De vaders kregen ten opzichte van de moeders enkele aanvullende vragen in het interview over het mogelijke verschil in behoeftes tussen vaders en moeders. Echter hebben de onderzoekers zich met deze vragen beperkt tot de vaders. De moeders hebben hier natuurlijk ook een bepaalde visie op die nu ontbreekt. In de interviews zijn 3 vaders en 7 moeders geïnterviewd. Of de verschillende behoeftes van vaders ten opzichte van de behoeftes van de moeders representatief zijn voor deze onderzoekspopulatie kan in twijfel worden getrokken. Echter gaven deze 3 vaders in grote lijnen aan dezelfde behoeften te hebben.

Werving respondenten

De doelgroep van dit onderzoek was een lastig bereikbare groep. De kersverse ouders bevonden zich in een emotioneel heftige situatie. Zoals eerder beschreven, werd de werving van respondenten in dit onderzoek uitgevoerd door de verpleegkundigen van beide afdelingen. Omdat de verpleegkundigen van de afdeling na deze afspraak verantwoordelijk werden voor de werving, hebben de onderzoekers hen de in- en exclusiecriteria overhandigd. Dit maakt echter dat de onderzoekers geen zicht meer hadden op de werving van respondenten. Zij werden afhankelijk van de werkwijze van anderen. Verpleegkundigen zouden er mogelijk onbewust voor kunnen kiezen alleen positieve ouders te werven. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek mogelijk nadelig beïnvloed. Om dit voor zo ver het mogelijk was te ondervangen, hebben de onderzoekers de gehele interviewfase veel contact gehad met de desbetreffende verpleegkundige over het aantal benaderde ouders. Ook hebben onderzoekers een lijst met respondenten overhandigd gekregen, waarin beschreven was of de ouders toestemming gaven of niet. De onderzoekers waren verder afhankelijk van de mate waarin de verpleegkundigen de ouders benaderde en de drukte van de afdeling. Ouders werden bij voorbaat niet geworven binnen de eerste 3 dagen na de bevalling, omdat dit emotioneel te zwaar zou zijn. Ook dit is ingeschat door de verpleegkundigen. De drukte van de afdeling in combinatie met de situatie waarin ouders zich bevinden, heeft ervoor gezorgd dat er een respons van 10 ouders werd behaald. Het vooraf gestelde doel betrof 15 ouders.

De verpleegkundigen namen niet alleen de taak op zich om de respondenten te werven, ook zouden zij de nieuwsbrief aan de ouders overhandigen. Echter was dit bij ongeveer de helft van de interviews niet het geval. De onderzoekers moesten hierdoor alle informatie uitgebreid mondeling toelichten aan de ouders. Dit ontnam de ouders de mogelijkheid om voorafgaand aan het interview over hun behoeftes na te denken. Mogelijk zouden er betere resultaten uit de interviews zijn voortgekomen wanneer ouders deze mogelijkheid wel hadden gehad.

Hoofdstuk 6 Conclusie

De conclusie wordt beschreven aan de hand van de deelvragen die uiteindelijk samen de hoofdvraag zullen beantwoorden. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: **Op welke aspecten kan de huidige geboden gezinsgerichte zorg beter aansluiten bij de behoeftes van de ouders van een zieke neonaat, opgenomen in Bernhoven ziekenhuis, gedurende de eerste 14 dagen postpartum?**

Deelvraag1: Welke behoeftes hebben de ouders van een zieke neonaat met betrekking tot de aspecten van gezinsgerichte zorg?

Uit de resultaten lijkt duidelijk naar voren te komen dat de geïnterviewde ouders het samenzijn met hun kind als hoofdbehoefte hebben. Uit deze behoefte vloeit de wens voort, om gedurende de opname van hun kind in het ziekenhuis te kunnen verblijven, het liefst samen met hun kind dat in de couveuse ligt op één kamer. Er is dus behoefte aan faciliteiten die de mogelijkheid bieden om in het ziekenhuis samen te kunnen verblijven. Denk hierbij aan de logeerkamer en de gezinssuites. Ouders hebben de behoefte om naar hun kind toe te kunnen wanneer ze zelf willen. Een goede en duidelijke informatieverstrekking lijkt na het samenzijn de belangrijkste behoefte. De behoefte aan voorbereiding en begeleiding sluit hierbij aan. Eigen regie behouden en betrokken worden in de besluitvorming zijn eveneens belangrijke behoeftes van ouders. Een behoefte die wel belangrijk is maar minder zwaar lijkt te wegen, is de behoefte aan een goede band met het personeel. Hierbij is er behoefte aan continuïteit in het personeel en aan het vormgeven van de zorg op basis van individuele behoeftes. Een andere behoefte van ouders die sterk naar voren lijkt te komen, is het willen uitwisselen van ervaringen met andere ouders die iets soortgelijks hebben meegemaakt. Ook hebben de ouders behoefte aan rust gedurende de opname periode. Een behoefte die hieruit in mindere mate voort lijkt te vloeien is het (tussendoor) naar huis gaan voor wat extra rust. Echter is dit wel tegenstrijdig aan de behoefte samen te zijn met hun kind. Behoeftes van vaders en moeders verschillen minimaal van elkaar. Moeders hebben gedurende de eerste dagen na de bevalling behoefte aan hulp bij het lichamelijk herstel, terwijl vaders dit niet hebben. Verder nemen vaders makkelijker afstand van het kind en hebben moeders een grotere knuffelbehoefte.

Ondanks de verschillende en uiteenlopende situaties waarin ouders zich bevinden, ook kijkend naar de ernst van de opname, kan er worden geconcludeerd dat de behoeftes in grote mate overeenkomen. Kort samengevat zijn de hoofdbehoeftes van ouders die hebben meegedaan aan dit onderzoek: samenzijn met het kind, eigen regie behouden, betrokken worden in de besluitvorming, informatieverstrekking, een band met het personeel, ervaringen delen en rust.

Deelvraag 2: Welke behoeftes van de ouders met een zieke neonaat komen overeen met de huidige geboden aspecten van gezinsgerichte zorg?

De visie van Bernhoven ziekenhuis met betrekking tot gezinsgerichte zorg sluit op vele punten aan bij de behoeftes van ouders met een zieke neonaat. Opvallend is dat ouders zeer tevreden zijn over de huidige benaderingswijze van het personeel. Er wordt veel rekening gehouden met individuele behoeftes van de ouders en het personeel heeft een prettige houding. Deze bejegening komt overeen met de behoeftes van de ouders. Ook aan de behoeftes tot voorbereiding en begeleiding gedurende de gehele opname wordt door het personeel voldaan. Ouders zijn zeer te spreken over de werkwijze van het personeel en geven aan dat hierdoor eigenlijk voorkomen wordt dat er behoeftes ontstaan.

Aan de behoefte tot samenzijn met het kind wordt met de huidige geboden aspecten van gezinsgerichte zorg voor een groot deel tegemoet gekomen door Bernhoven ziekenhuis. De mogelijkheid om in het ziekenhuis te verblijven gedurende de opname van het kind en de webcamvoorziening dragen hier zeer aan bij. Ook werd de logeerkamer als een zeer positieve 'oplossing' gezien. Echter vinden ouders deze kamers te ver weg van hun kind. Er zou meer aan de

behoefte tot samenzijn tegemoet gekomen kunnen worden, door de mogelijkheid te bieden om samen met het kind dat in een couveuse ligt op één kamer te kunnen verblijven. Ouders hebben hier zeer sterke behoefte aan.

Met betrekking tot de aspecten informatieverstrekking en het betrokken worden in de besluitvorming, kan Bernhoven ziekenhuis nog beter inspelen op de behoeftes van ouders. Grotendeels wordt hier al aan voldaan, want ouders zijn zeer te spreken over de begeleiding en uitleg die zij van de verpleegkundigen ontvangen. Echter zouden ouders actiever betrokken willen worden bij de kinderartsenvisite en hierop aansluitend meer mogelijkheden tot gesprekken met de kinderarts. Ook zouden ouders het waarderen als er meer terugkoppeling is omtrent het nemen van belangrijke beslissingen, momenteel wordt het in sommige gevallen veelal als mededeling ervaren.

Deelvraag 3: Aan welke behoeftes van de ouders van een zieke neonaat wordt nog niet tegemoetgekomen?

Uit de resultaten blijkt, dat ondanks dat de ouders voor het overgrote deel zeer tevreden zijn over de zorgverlening, zij ook behoeftes hebben waar met de huidig geboden aspecten nog niet aan wordt voldaan.

Zo wordt er aan de behoefte tot een band met het personeel nog niet (volledig) voldaan. Ondanks dat ouders heel positief over het personeel zijn, ervaren zij de vele verschillende gezichten die zij gedurende de opname zien als onprettig. Het blijkt dat het voor ouders lastig is een band op te bouwen met hen door het ontbreken van continuïteit in het rouleren van de verpleegkundigen.

Aan de behoefte om ervaringen te kunnen delen met andere ouders wordt momenteel nog niet tegemoet gekomen. Ouders zouden het prettig vinden als hier (in een natuurlijk verloop) meer ruimte voor is. Dit zou volgens de ouders bijdragen aan een betere verwerking van emoties.

Ook kan er worden tegemoet gekomen aan de behoefte tot rust. Momenteel is hier volgens de ouders niet voldoende aandacht voor bij het personeel. Echter geven zij aan hier zelf ook een rol in te spelen.

Hoofdvraag: Op welke aspecten kan de huidig geboden gezinsgerichte zorg beter aansluiten bij de behoeftes van de ouders van een zieke neonaat, opgenomen in Bernhoven ziekenhuis, gedurende de eerste 14 dagen postpartum?

Al met al kan er worden geconcludeerd dat Bernhoven ziekenhuis met de huidig geboden aspecten van gezinsgerichte zorg grotendeels al aansluit bij de behoeftes van de ouders. Alle ouders zijn opvallend tevreden en positief over de kraam- en couveuseafdeling. Echter kan er bij een aantal behoeftes nog beter worden aangesloten. Dit zijn de eerdergenoemde behoeftes tot samenzijn, informatieverstrekking, betrokken worden in de besluitvorming, een band met het personeel, rust en ervaringen delen met andere ouders. Over de wijze waarop Bernhoven ziekenhuis (mogelijk) beter zou kunnen aansluiten bij de behoeftes, wordt u verwezen naar de aanbevelingen in een volgend hoofdstuk.

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan op basis van eerder beschreven behoeftes waar nog niet (volledig) aan tegemoet wordt gekomen. Door middel van deze aanbevelingen kan Bernhoven ziekenhuis beter aansluiten bij de behoeftes van ouders, passende bij de visie van gezinsgerichte zorg.

Faciliteiten:

- Om beter aan de behoefte tot samenzijn te kunnen voldoen, wordt aanbevolen de drie kamers die nu nog onderdeel zijn van de kinderafdeling te betrekken bij de couveuseafdeling. Deze kamers zullen moeten worden aangepast zodat een couveuse op de kamer bij de moeder en eventueel haar partner kan worden geplaatst. Wanneer geheel toe-eigenen van deze kamers niet mogelijk is, kan er toch voor worden gekozen de aansluitingen voor een couveuse te realiseren, om de kamers vervolgens te kunnen delen met de kinderafdeling.
- Het is wenselijk de mogelijkheden te bekijken om de logeerkamers dichterbij de couveusezalen te plaatsen, omdat hier bij couveuseopnames gebruikt van wordt gemaakt. Dit is comfortabeler voor herstellende moeders en geeft meer rust.
- Om te bevorderen dat ouders hun ervaringen kunnen delen wordt aanbevolen om een aparte ruimte in te richten waar de ouders, waarvan het kind specialistische hulp nodig heeft, elkaar kunnen ontmoeten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een aparte koffiekamer. Het contact tussen de ouders verloopt zo natuurlijk. In deze ruimte wordt een boek geplaatst waarin ouders hun ervaringen kunnen opschrijven. Dit boek met ervaringen kunnen ouders in deze ruimte inzien. Een andere (aanvullende) mogelijkheid is het opzetten van een online platform waarop de ouders kunnen inloggen en in een forum hun ervaringen kunnen plaatsen. Ook kunnen zij hier ervaringen van andere ouders lezen. Dit forum is toegankelijk vanaf de schermen waarop ook de webcamverbinding is aangesloten. Zo kunnen moeders vanuit hun eigen kamer hier gebruik van maken. Het is wenselijk dat er in de ruimte waarin het boek zich bevindt, een computer wordt geplaatst, zodat ouders die niet in het ziekenhuis verblijven ook gebruik kunnen maken van deze faciliteit.

Personeel:

- Het is wenselijk dat verpleegkundigen de ouders direct informeren over het aanwezig mogen zijn bij de kinderartsenvisites in de standaard opnameprocedure. Voorafgaand aan elke kinderartsenvisite kan aan de ouders worden gevraagd of zij hieraan willen deelnemen. Is dit niet het geval dan kan de verpleegkundige een korte opsomming geven van wat er besproken gaat worden. Ook wordt er gevraagd aan de ouders of zij hierin nog aanvullingen hebben. Op een later moment wordt de inhoud van de visite teruggekoppeld aan de ouders. Als ouders wel deel willen nemen, stellen de verpleegkundigen de ouders op de hoogte van het verwachte tijdstip. Ouders worden zo actiever betrokken in de besluitvorming omtrent hun kind.
- Om de rust te bevorderen is het van belang de ouders voor te lichten en te informeren over het nemen van rust tijdens een opname en hoe dit vormgegeven kan worden binnen de afdelingen. Hierbij kan gekeken worden naar de zorgmomenten die de ouders zelf uitvoeren

en de zorgmomenten die de zorgverleners uitvoeren. Het is wenselijk vaste tijden met de ouders af te spreken waarop zij hun rust kunnen nemen. Echter is het de verantwoordelijkheid van de ouders zelf om zich aan deze afgesproken rusttijden te houden.

- Het is van belang dat de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de ouders en het kind, handelingen met elkaar gaan combineren, wat bijdraagt aan de rust voor ouders. Dit zou kunnen worden vormgegeven door de verschillende disciplines zich voorafgaand aan een handeling te laten melden bij de verpleegpost en contact te laten hebben met de verpleegkundige die voor de desbetreffende ouders of het kind zorgt. De verpleegkundige kan dan beoordelen of er handelingen gecombineerd kunnen worden.
- Het is wenselijk buiten de drie dienstwisselingen per 24 uur, de wisseling van verpleegkundigen op beide afdelingen zoveel mogelijk te beperken. Verpleegkundigen die meerdere dagen werken moeten zoveel mogelijk aan dezelfde ouders worden gekoppeld. Hiermee moet rekening worden gehouden in de roosterplanning. Meer continuïteit heeft een positieve invloed op de band met de verpleegkundigen.

Algemeen:

- Het is van belang dat Bernhoven ziekenhuis er na dit onderzoek niet per definitie vanuit gaat dat de uit dit onderzoek naar voren gekomen behoeftes voor elke ouder gelden. Zij zullen continu individuele behoeftes moeten uitvragen en de situatie waarin ouders zich bevinden hierin meenemen.
- Een (eventueel) vervolgonderzoek kan zich richten op het samenstellen van een implementatieplan om de aanbevelingen te kunnen doorvoeren.
- Bij specialistische vervolgopleidingen omtrent neonatale- en obstetrische zorg is het wenselijk om aandacht te besteden aan het onderwerp gezinsgerichte zorg.

Bibliografie

Amelink-Verburg, MP., Verloove-Vanhorick, SP., Hakkenberg, RM., Veldhuijzen, IM., Bennebroek-Gravenhorst, J. & Buitendijk, SE. (2007). Evaluation of 280.000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG* 115(5):570-8. Gedownload op 26 september, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162116>

Bernhoven kids. (z.d). *Couveuse afdeling*. Geraadpleegd op 26 september 2016, van <http://www.bernhovenkids.nl/voor-ouders/couveuse-afdeling/>

Bours, G.J.J.W., Eliens, A.M. & Stijbol, N.C.M. (2009). *Effectief verplegen 0* (1^e druk). Dwingeloo: Uitgeverij KAVANAH.

CBS. (2016). *Geboorte; kerncijfers*. Geraadpleegd op 23 september 2016, van [http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?vw=t&dm=sInl&pa=37422ned&d1=0,4-5,7,9,11,13,17,26,35,40-41&d2=0,10,20,30,40,\(l-4\)-l&hd=090218-0953&hdr=g1&stb=t](http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?vw=t&dm=sInl&pa=37422ned&d1=0,4-5,7,9,11,13,17,26,35,40-41&d2=0,10,20,30,40,(l-4)-l&hd=090218-0953&hdr=g1&stb=t)

Daneels, M., Pottie, C. & Desmyttere, A. (2005). *Family-centered maternity care. De geborgenheid van het bevallen thuis hand in hand met het comfort van het bevallen in het ziekenhuis*. Geraadpleegd op 23 september 2016, van http://onderzoek.khk.be/domein_MoederKindzorg/documents/fcmc-tvv_000.pdf

ICEA. (2015). *Family-centered maternity care*. ICEA Position Paper. Geraadpleegd op 26 september 2016, van http://icea.org/wp-content/uploads/2016/01/Family_Centered_Maternity_Care_PP.pdf

Institute for patient- and family-centered care. (2010). *What are the core concepts of patient- and family-centered care?* Geraadpleegd op 15 september 2016, van <http://www.ipfcc.org/faq.html>

Jackson, K., Ternestedt, B.M. & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of advanced nursing*, 43(2):120-9. Gedownload op 4 oktober 2016, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834369>

Kind & ziekenhuis. (2003). *Kraamsuites en gezinsgerichte zorg*. Geraadpleegd op 12 oktober 2016, van https://www.kindenziekenhuis.nl/storage_common/tijdschriftdefseptember2003.pdf

KNOV. (2015). *Bevallingen in Nederland steeds medischer*. Geraadpleegd op 3 oktober 2016, van <http://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/bevalling-in-nederland-steeds-medischer/1727>

Mundy, C.A. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American journal of critical care*, 19(2):156-63. Gedownload op 26 september 2016, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194612>

NVOG. (2007). *Analyse van de beschikbare kennis*. Geraadpleegd op 13 oktober 2016, van http://www.nvogdocumenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=26319&richtlijn_id=764

Oudersenzo. (2016). *Couveusekinderen-wanneer een vroeggeboorte je treft*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van <http://www.oudersenzo.nl/couveusekinderen-wanneer-een-vroeggeboorte-je-treft/>

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (1998). *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Publicatienummer 98/01. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Sikorova, L. & Kucova, J. (2011). The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. *Biomedical papers*, 156(4):330-6. Gedownload op 26 september 2016, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22660204>

Turnbull, V & Petty, J. (2013). Evidence-based thermal care of low birthweight neonates. Part two: family-centered care principles. *Nursing Children and Young People*, 25, 2, 18-22. Gedownload op 13 oktober 2016, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Evidence-based+thermal+care+of+low+birthweight+neonates.+Part+two%3A+family-centered+care+principles>

Verbeek, G. (2003). *De cliënt centraal, hoe doen we dat?* Coaching van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

V&VN. (2012). *V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*.

V&VN. (z.d.). CanMEDS rollen. Geraadpleegd op 12 oktober 2016, van <http://kwaliteitsregister.venvn.nl/Aanbieders/CanMEDS>

V&VN, NU'91, FNV Zorg & Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, HCF, RMU, sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer' en CGMV. (2015). *De Nationale beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.

Vroeggeboorte.nl. (z.d). *Vroeggeboorte: wat en waarom?* Geraadpleegd op 15 september 2016, van <http://www.vroeggeboorte.nl/1563510.htm>

Zwelling, E., & Phillips, C. (2001). Family-centered maternity care in the new millennium. Is it real or is it imagined? *The journal of perinatal en neonatal nursing*, 1-2. Gedownload op 26 september 2016, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11785574>

Bijlage 1: Schematische weergave zoekstrategie

ZOEKSTRATEGIE	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp (invullen)	Stap 1: Op welke aspecten kan de huidig geboden gezinsgerichte zorg beter aansluiten bij de behoeftes van de ouders van een zieke neonat, opgenomen in Bernhoven ziekenhuis, gedurende de eerste 8 dagen postpartum?
Stap 2: PICO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	Stap 2: P: ouders van een zieke neonat I: gezinsgerichte zorg C: X O: behoeftes van ouders Er is als eerste gezocht met de ouders van een zieke neonat voor de P, van PICO. Echter werden hier in combinatie met de I en O geen artikelen mee gevonden. Met het veranderen van de P naar de zieke neonat werden er wel relevante artikelen gevonden.
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de search voor Pubmed: allereerst MESH-termen vermelden, met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekst woorden vermelden. 4. Vermelden van gebruikten Booleaanse operatoren(AND, OR, NOT, ECT) 5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, ect) PS: niet afbakenen op free-full tekst! 6. Bouw de search per zoekterm op.	Stap 3: Om de zoektermen te structureren hebben wij gebruik gemaakt van de tabel die onderaan deze bijlage is toegevoegd. 4. Binnen de verschillende kolommen van de bijgevoegde tabel is de Booleaanse operator OR gebruikt. Dit om de uitkomsten te vergroten. Om de verschillende kolommen aan elkaar te koppelen is de Booleaanse operator AND gebruikt. 5. Er is gebruik gemaakt van de limits humans en language English. De complete zoekstring die hieruit ontstaat is: ((((((("Infant, Newborn"[Mesh]) OR "Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh])) AND ((((((family centered care) OR family centered maternity care) OR Mother-baby nursing) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh]) OR neonatal family centered care)) AND ((((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate) Hierbij is gebruik gemaakt van een combinatie tussen Mesh-termen en vrije termen. Zo wordt een sterke zoekstring gecreëerd.

RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	SEARCH
Stap 4a: SEARCH PUBMED Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	Stap 4a: "Infant, Newborn"[Mesh] geeft 537876 hits "Infant, Premature"[Mesh] geeft 46596 hits "Infant, Extremely Premature"[Mesh] geeft 915 hits "Infant"[Mesh] geeft 1012153 hits. Als bovenstaande zoektermen worden gecombineerd met de Booleaanse operator OR geeft dit 1012153 hits. 'family centered care' geeft 5656 hits 'family centered maternity care' geeft 255 hits 'Mother-baby nursing' geeft 179 hits "Neonatal Nursing"[Mesh] geeft 3488 hits "Family Nursing"[Mesh] geeft 1216 hits 'neonatal family centered care' geeft 310 hits Gecombineerd met de Booleaanse operator OR geeft dit 10220 hits. 'Parental needs' geeft 11844 hits 'Parental demands' geeft 1421 hits 'Needs' geeft 298188 hits 'Demand' geeft 124866 hits 'Requirement' geeft 97766 hits 'Necessitate' geeft 8712 hits Gecombineerd met de Booleaanse operator OR geeft dit 474947 hits. Deze search is gevoerd op 13 oktober 2016. Deze 3 aparte zoekstrengen geven samen, gecombineerd met de Booleaanse operator AND, 494 hits. Al deze stappen zijn weergegeven in bijlage 2. Hierin is de zoekhistorie van Pubmed te zien.
Stap 4b: IN-EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en de abstracts doorleest.	Stap 4b: De volgende limits en selectiecriteria zijn toegepast, humans, systematic review published in the last 5 years en English. Hierna bleven 10 artikelen over. Er is bij het beoordelen van de titels en abstracts vooral gekeken of het perspectief en de behoeftes van de ouders naar voren komt. Aangezien dit aansluit bij de onderzoeksvraag. Op basis hiervan bleef er 1 artikel over. Echter ging deze niet heel diep in op de behoeftes van de ouders. Hierdoor is er opnieuw gekeken naar de filters. De filters zijn aangepast naar: humans, published in the last 10 years en English. Hierop bleven er 241 over. Hier is eerst in titels gekeken en abstracts of de behoeftes van de ouders naar voren kwamen. Op basis hiervan bleven er 2 nieuwe artikelen over als aanvulling op de 2 eerder gevonden artikelen met andere filters.

Stap 4c: AANAL GESCHIKTE ABSTRACTS Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in -exclusiecriteria.	Stap 4c: Na het toepassen van bovenstaande selectiecriteria blijven er 3 artikelen over die zinvol zijn voor ons onderzoek. Deze gaan met verschillende onderzoek vormen in op de behoeftes van de ouders.
Stap 4d: FULL-TEXT Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn.	Stap 4d: Van deze 3 artikelen zijn er 2 full-text beschikbaar via Pubmed. Het ander artikel werd beschikbaar door de titel in Google in de voeren.
Stap 4e: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen(aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	Stap 4e: Gekozen is voor onderstaande artikelen: Mundy, C.A. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. Kwalitatief, met gestructureerde interviews, Verenigde Staten. Sikorova, L.& Kucova J. (2011). The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. Kwantitatief met enquetes, Tsjechië. Turnbull, V & Petty, J. (2013). Evidence-based thermal care of low birthweight neonates. Part two: family-centered care principles. Systematic review, Verenigde Staten.

	Onderzoek variabele 1 P	Onderzoek variabele 2 I	Onderzoek variabele 3 O
	Zieke neonaat	Gezinsgerichte zorg	Behoeftes van de ouders
Synoniemen	Bestaat geen vertaling voor	family centered care	Parental needs
Verwante termen	Premature infant [MeSH] Newborn Infant[MeSH]		Parental demands
Bredere termen	Infant [MeSH]	Mother-baby nursing Neonatal nursing [MeSH] Family nursing [MeSH]	Needs Demand Requirement Necessitate
Nauwere termen	Extremely premature infant [MeSH]	Neonatal family centered care Family centered maternity care	

Tabel: Schematische weergave van de gebruikte zoektermen

Bijlage 2: Zoekhistorie Pubmed

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#54	Add	Search (((("Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh])) AND (((((Family centered care) OR Mother-baby nursing) OR Family centered maternity care) OR Neonatal family centered care) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh])) AND (((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate) Filters: published in the last 10 years; Humans; English	241	05:51:52
#51	Add	Search (((("Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh])) AND (((((Family centered care) OR Mother-baby nursing) OR Family centered maternity care) OR Neonatal family centered care) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh])) AND (((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate) Filters: Humans; English	461	05:51:45
#52	Add	Search (((("Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh])) AND (((((Family centered care) OR Mother-baby nursing) OR Family centered maternity care) OR Neonatal family centered care) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh])) AND (((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate) Filters: published in the last 5 years; Humans; English	114	05:51:40
#53	Add	Search (((("Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh])) AND (((((Family centered care) OR Mother-baby nursing) OR Family centered maternity care) OR Neonatal family centered care) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh])) AND (((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate) Filters: Systematic Reviews; published in the last 5 years; Humans; English	10	05:51:25
#50	Add	Search (((("Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh])) AND (((((Family centered care) OR Mother-baby nursing) OR Family centered maternity care) OR Neonatal family centered care) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh])) AND (((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate) Filters: English	461	05:50:50
#49	Add	Search (((("Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh])) AND (((((Family centered care) OR Mother-baby nursing) OR Family centered maternity care) OR Neonatal family centered care) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh])) AND (((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate)	494	05:50:33

		OR "Infant, Newborn"[Mesh])) AND (((((Family centered care) OR Mother-baby nursing) OR Family centered maternity care) OR Neonatal family centered care) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh])) AND (((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate)		
#28	Add	Search (((((Parental needs) OR Parental demands) OR Needs) OR Demand) OR Requirement) OR Necessitate	474947	04:57:12
#27	Add	Search Necessitate	8712	04:56:42
#26	Add	Search Requirement	97766	04:56:17
#25	Add	Search Demand	124866	04:56:02
#24	Add	Search Needs	298188	04:55:48
#23	Add	Search Parental demands	1421	04:55:39
#22	Add	Search Parental needs	11844	04:55:16
#21	Add	Search (((((Family centered care) OR Mother-baby nursing) OR Family centered maternity care) OR Neonatal family centered care) OR "Neonatal Nursing"[Mesh]) OR "Family Nursing"[Mesh]	10220	04:54:57
#20	Add	Search "Family Nursing"[Mesh]	1216	04:53:58
#18	Add	Search "Neonatal Nursing"[Mesh]	3488	04:53:31
#16	Add	Search Neonatal family centered care	310	04:52:48
#15	Add	Search Family centered maternity care	255	04:51:56
#14	Add	Search Mother-baby nursing	179	04:49:51
#13	Add	Search Family centered care	5656	04:49:23
#12	Add	Search (((("Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh]	1012153	04:48:20
#11	Add	Search "Infant, Newborn"[Mesh]	537876	04:47:26
#8	Add	Search "Infant"[Mesh]	1012153	04:46:43
#5	Add	Search "Infant, Extremely Premature"[Mesh]	915	04:46:15
#3	Add	Search "Infant, Premature"[Mesh]	46596	04:45:24

Bijlage 3: Evidence tabel

Auteur	Jaar van publicatie	Design	Evidence niveau	Omschrijving
Mundy, C.A	2010	Kwalitatief	C	Door middel van gestructureerde interviews zijn de behoeftes van de ouders met een pasgeborene opgenomen in een couveuse in kaart gebracht.
Sikorova, L. & Kucova, J.	2011	Kwantitatief	C	Door middel van enquêtes zijn de behoeftes van de moeders met een pasgeborene opgenomen in een couveuse in kaart gebracht.
Turnbull, V & Petty, J.	2013	Systematic Review	A1	In dit artikel wordt een samenvatting gegeven vanuit andere onderzoeken met betrekking op het toepassen van gezinsgerichte zorg. De behoeftes van de ouders komen hierin ook naar voren.
Zwelling, E. & Phillips, C. R	2001	Kwalitatief	D	In dit artikel wordt vooral ingegaan op het ontstaan van gezinsgerichte zorg en de positieve effecten hiervan op het kind en de moeder. Dit wordt gedaan vanuit het zicht van deskundigen op dit gebied.

Bijlage 4: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	508590
Naam	Eveline van Os
Opleiding	HBO-V
Geboortedatum	03-06-1995
Geboorteplaats	Zutphen

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze Gedragscode. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	07-09-2016
Handtekening	

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

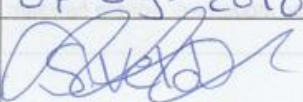
Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	535603
Naam	Sharona Veld
Opleiding	Verpleegkunde
Geboortedatum	30-09-1992
Geboorteplaats	Echeld

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	07-09-2016
Handtekening	

Bijlage 5: Informatiebrief voor verpleegkundigen

Hallo Allemaal,

Wij zijn Sharona Veld en Eveline van Os. Wij zijn 2 studenten die vanuit de HAN Nijmegen ons kwaliteitsonderzoek bij jullie op de afdeling komen uitvoeren. Wij zijn beide 4^e jaars HBO-V studenten.

Het onderzoek dat wij gaan uitvoeren gaat over gezinsgerichte zorg. We zullen gaan onderzoeken wat de kraamvrouwen en hun partners vinden van de huidige geboden faciliteiten (passende bij gezinsgerichte zorg) op jullie afdeling. Ook zullen we gaan kijken of de kraamvrouwen en hun partners hier aanvullingen op hebben. We gaan dus de behoeftes van kraamvrouwen en hun partners omtrent de verschillende aspecten van gezinsgerichte zorg in kaart brengen. We gaan hun behoeftes in kaart brengen door middel van interviews. Deze zullen plaats vinden op jullie afdeling. Dit zal gebeuren in de maanden november en december.

Ook komen we nog een dagje meelopen om de toepassing van gezinsgerichte zorg bij jullie op de afdeling te kunnen observeren en deze van dichtbij kunnen ervaren.

Het is dus wellicht mogelijk dat we elkaar tegen zullen komen op de afdeling!

Wellicht tot snel!

Groetjes Sharona en Eveline



Bijlage 6: Aanvullende brief voor verpleegkundigen

Hallo allemaal,

Zoals eerder in de nieuwsbrief is aangekondigd komen wij (Sharona Veld en Eveline van OS) onderzoek doen naar de behoeftes van de ouders van een opgenomen zieke neonaat met betrekking tot de verschillende aspecten van gezinsgerichte zorg. Middels deze brief willen wij jullie op de hoogte stellen van onze werkwijze.

De benodigde informatie wordt verzameld door middel van het afnemen van interviews. Deze interviews zullen 30 tot 45 minuten duren. De interviews zullen worden afgenomen in de periode van week 46 t/m week 49. Wij zullen proberen de interviews op basis van de verwachte ontslagdatum en verdere bijkomstigheden twee dagen vooruit te plannen. Hiervoor zullen we met de verpleegkundigen van de kraam- en couveuseafdeling die op die dag werken, overleggen welke ouders geschikt zijn voor ons onderzoek en welk tijdstip hiervoor het beste uitkomt. Ouders die in aanmerking komen voor de door ons af te nemen interviews worden middels onderstaande in- en exclusiecriteria omschreven. Wij zullen dus naar jullie komen om te vragen welke ouders volgens jullie geschikt zijn. Als student onderzoekers hebben wij dan ook geen inzicht in de patiëntendossiers.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Ouders waarvan de zieke neonaat is opgenomen op de couveuseafdeling in een couveuse of in een wiegje	Ouders met een gezonde neonaat
Ouders waarvan de zieke neonaat is opgenomen op de kraamafdeling en specialistische hulp nodig heeft	Ouders waarvan de zieke neonaat is opgenomen buiten de eerste 14 dagen
De zieke neonaat is tenminste 48 uur opgenomen	Overige familie buiten moeder en echtgenoot
Ouders hebben tenminste 48 uur gebruik gemaakt van een kamer op de couveuseafdeling of kraamafdeling	
Alle leeftijdscategorieën van ouders	
De ouders van de zieke neonaat zijn de biologische ouders	
Alle ouders moeten Nederlands kunnen spreken, lezen en begrijpen	
Alle gravida's en pariteiten	
Alle vormen van ziekten onder de neonaten	

Afhankelijk van de respons voor het afnemen van de interviews, kan ervoor gekozen worden de exclusiecriteria te versoepelen. Hier zullen wij jullie uiteraard van op de hoogte stellen. Ons streven is om 15 ouders te kunnen interviewen, waarvan 30% een vader moet zijn.

Wij hopen jullie met deze brief een inzicht te geven in de door ons omschreven onderzoekspopulatie. Bij vragen omtrent het onderzoek kunnen jullie altijd contact opnemen met één van de studentonderzoekers. Deze zijn te bereiken middels onderstaande e-mailadressen.

Alvast bedankt voor jullie medewerking en tot snel!

Sharona Veld: S.haronaa@live.nl

Eveline van Os: Eveline.van.os@live.nl

Bijlage 7: Informatiebrief voor ouders van een zieke neonaat

Informatiebrief behoeftenonderzoek

Titel van het onderzoek: Gezinsgerichte zorg voor ouders van zieke neonaten in Bernhoven ziekenhuis.

Geachte heer/mevrouw,

Wij zijn Eveline van Os en Sharona Veld. Wij zijn 4^{de} jaars HBO-verpleegkunde studenten en studeren aan de HAN in Nijmegen. In het kader van ons kwaliteitsproject komen wij onderzoek doen op de afdeling waar u verblijft.

Wij vragen u vriendelijk mee te doen aan ons onderzoek. U beslist geheel zelf of u mee wilt doen. Voordat u deze beslissing neemt, is het van belang om meer te weten over dit onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door en bespreek dit zo nodig met uw partner of overige betrokkenen.

Wat wordt er onderzocht?

Wij als onderzoekers gaan onderzoeken wat de behoeftes zijn van u als ouder met een opgenomen pasgeborene die specialistische hulp nodig heeft. We willen graag horen wat voor behoeftes u heeft om u zich zoveel mogelijk thuis te laten voelen in het ziekenhuis en om u zoveel mogelijk een gezin te laten voelen. Dit mogen alle behoeften zijn die betrekking hebben op gezinsgerichte zorg.

Wat wordt verstaan onder gezinsgerichte zorg?

Bij gezinsgerichte zorg staat het gezin centraal in het gehele zorgproces. De zorgverlener is als het ware 'te gast' bij het gezin. Zorgverleners spitsen de toegepaste zorg zoveel mogelijk toe op de individuele behoeftes van het gezin. Zij nemen hierin een ondersteunende rol aan. Naast de benaderingswijze van het personeel kunt u denken aan de toepassing van rooming-in in gezinssuites. Rooming-in wil zeggen dat een echtgenoot de mogelijkheid heeft bij de moeder en eventueel het kind op de kamer te overnachten. Gezinsgerichte zorg omvat dus alle aspecten die een bijdrage leveren aan het samen kunnen zijn van een gezin en de ondersteuning hiervan.

Doel van het onderzoek

Met dit onderzoek brengen de onderzoekers de behoeftes van u als ouder op eerdergenoemde aspecten in kaart. Door middel van het in kaart brengen van deze behoeftes kan de afdeling de geboden gezinsgerichte zorg (indien nodig) beter laten aansluiten bij deze behoeftes. Dit zal uiteindelijk de kwaliteit van gezinsgerichte zorg ten goede komen. De afdeling kan door middel van een overzicht van uw behoeftes toetsen of zij op de goede weg zijn.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek wordt uitgevoerd door middel van het afnemen van interviews. Tijdens deze interviews worden geluidsopname gemaakt om de afgenomen interviews later op papier te kunnen zetten. De interviews zullen worden afgenomen in een rustige omgeving. U als ouder, dit kan zowel vader als moeder zijn, zult het interview alleen of afzonderlijk van uw partner uitvoeren. Dit omdat de onderzoekers zo uw persoonlijke behoeftes het beste naar voren kunnen laten komen.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

De resultaten van het onderzoek worden verwerkt in een onderzoeksrapport waarin op basis van deze resultaten en een gevormde conclusie, aanbevelingen aan de afdeling worden gedaan. Dit uiteindelijke rapport wordt overhandigd aan de afdeling. Het is vervolgens aan de afdeling zelf wat zij met het onderzoek zullen doen.

Wat wordt er van u verwacht?

We realiseren ons dat u zich als ouder soms in een emotionele situatie kan bevinden, er is dan ook ruimte dit te tonen in het interview. Indien er zaken zijn die u als ouder niet wil bespreken, hebben wij hier uiteraard begrip voor. Wij vragen u dan ook dit tijdens het interview aan te geven. Het interview wordt eenmalig afgenomen. Voor u als onderzoekspersoon heeft dit onderzoek geen verdere gevolgen. Het interview zal ongeveer 30 tot 45 minuten duren.

Hoe wordt er met uw gegevens omgegaan?

U als onderzoekspersoon bent op het moment van afname identificeerbaar, dit wil zeggen dat de onderzoekers uw naam zullen weten en zullen vragen naar persoonlijke behoeften. De gegevens worden vervolgens anoniem verwerkt. Na de verwerking van de interviews zijn er dus geen gegevens identificeerbaar. De geluidsfragmenten en beschrijvingen hiervan zullen direct na het verwerken hiervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd. U bent ten alle tijde vrij om uw deelname aan het onderzoek zonder opgave van reden te beëindigen.

Wilt u na het lezen van deze informatie meewerken aan ons onderzoek, dan vragen wij u een toestemmingformulier te tekenen. Dit formulier vindt u bij deze informatiebrief. Vervolgens wordt er met u een afspraak gepland voor de afname van het interview.

Hebt u na het lezen van deze informatiebrief nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoekers. Deze zullen aanwezig zijn op de afdeling. De onderzoekers zullen na het overhandigen van deze brief nog even bij u langslopen voor vragen. De beschreven informatie wordt ook mondeling nogmaals aan u toegelicht.

Indien u later toch nog vragen heeft zijn de onderzoekers te bereiken middels onderstaande email.

Eveline van Os: Eveline.van.os@live.nl

Sharona Veld: S.haronaa@live.nl

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

Sharona Veld en Eveline van Os

Bijlage 8: Informed consent

Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek: Gezinsgerichte zorg voor ouders van zieke neonaten in Bernhoven ziekenhuis.

Verantwoordelijke onderzoekers: Eveline van Os en Sharona Veld

In te vullen door de onderzoekspersoon:

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik op een voor mij duidelijke manier mondeling en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- Ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt;
- De studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- 0 Bij deze verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluidsopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat geluidsmateriaal en de uitschrijving hiervan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten en beschrijvingen hiervan zullen direct na het verwerken hiervan, of anders naar hooguit 6 maanden, worden vernietigd.
- 0 Bij deze verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluidsopnamen identificeerbaar te gebruiken, maar vervolgens anoniem te verwerken, voor onderwijsdoelen die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen het instituut GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer.....

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker:

- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker.....

Datum: Handtekening onderzoeker.....

Bijlage 9: Interviewguide

Interviewguide	
Intro	Wij zijn blij dat u deel wilt nemen aan dit onderzoek en interview en hiervoor de tijd wilt nemen. Als het goed is, bent u hierover geïnformeerd. Heeft u nog vragen hierover? De duur van het interview zal ongeveer 30-45 minuten zijn.
Topics aangeven	Geef de thema's aan waar het in het interview over gaat: <u>Behoeftes omtrent: informatieverstrekking, participatie, samenwerking, respect en waardigheid, faciliteiten en personeel.</u>
Uitleg over het onderzoek:	De onderzoekers gaan onderzoeken wat de behoeften zijn van u als ouder met een opgenomen pasgeborene. Dit zal betrekking hebben op de toepassing van de aspecten van gezinsgerichte zorg. Dit kunnen behoeften zijn met betrekking tot de huidige geboden aspecten van gezinsgerichte zorg, behoeftes waaraan nog niet wordt voldaan of overige behoeften die betrekking hebben op gezinsgericht zorg. Met dit onderzoek brengen de onderzoekers de behoeftes van de ouders op eerdergenoemde aspecten in kaart. Door middel van het in kaart brengen van deze behoeftes kan de afdeling de geboden gezinsgerichte zorg (indien nodig) beter laten aansluiten bij de behoeften van ouders. Dit zal uiteindelijk de kwaliteit van gezinsgerichte zorg ten goede komen. De afdeling kan door middel van een overzicht van uw behoeften toetsen of zij op de goede weg zijn.
Aangeven dat de gegevens anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt	Bij het uitwerken van de gegevens wordt uw naam niet genoemd. Zo kan niemand achterhalen wat u gezegd hebt. De dingen die u ons vertelt, zullen alleen voor dit project worden gebruikt.
Als de respondent wil stoppen	Als u tijdens het interview besluit dat u niet meer verder wilt, dan kunt je dat aangeven. Wij stoppen dan met het interview.
Vertellen dat het gesprek op band wordt opgenomen	We hebben een voicerecorder bij ons zodat dit gesprek kan worden opgenomen. Dit zorgt er ook voor dat wij nu niet veel hoeven op te schrijven. Het zal later namelijk worden geanalyseerd. Vanuit de wet is voorgeschreven dat we u om toestemming moeten vragen als we gebruikmaken van een voicerecorder.

	Daarom vraag ik u zo meteen, als de recorder loopt, of u toestemming geeft dat dit gesprek wordt opgenomen. <u>Vindt u het goed dat dit gesprek wordt opgenomen?</u>
Introductie	Aandacht voor situatie met kind. Verder zal het interview verlopen aan de hand van de topicslijst (Bijlage 9).
Evt. aansluiters Zoek in het verhaal aanknopingspunten om over de hoofdtopics	Dat is interessant, kunt u daar iets meer over vertellen? Alternatieven: U noemt (...), kunt u dat toelichten? U hebt net (...) gezegd. Kunt u dat verduidelijken? Het is mij opgevallen dat (...). Wat bedoelt u daarmee? Heb ik het goed begrepen dat.... ?
Afsluitende vraag	Begrijp ik het goed dat ... Belangrijk is voor u....? U hebt het gehad over ... en Behoeftes. Welke behoefte is nu echt belangrijk voor u? Waarom?
Afsluiting interview	Wilt u nog iets toevoegen aan dit gesprek? Zijn er nog dingen die niet aan bod zijn gekomen in het gesprek maar die u wel belangrijk vindt? Wat vond u zelf van het interview? Ik hoop dat u het gevoel heeft dat u uw verhaal hebt kunnen vertellen en dat er naar uw verhaal is geluisterd.
Uitleggen wat het vervolg zal zijn, indien van toepassing	Dit interview zal verwerkt worden in een onderzoeksrapport. Deze kernpunten worden vergeleken met de kernpunten die wij halen uit de andere interviews die wij houden.
Bedanken voor het interview	Ik wil u graag bedanken voor uw tijd en uw deelname aan het interview.
Een telefoonnummer achterlaten voor als er nog vragen zijn	Als u nog vragen hebt, kunt u terecht bij

Vormgeving:

- Streven is om interviews in een rustige omgeving te houden. Voorkeur heeft om steeds dezelfde kamer te gebruiken.
- Tijdens het gesprek zijn er twee onderzoekers en één onderzoek persoon aanwezig. Eén onderzoeker voert het interview. De andere onderzoeker vult aan, bediend de videorecorder, maakt aantekeningen en bewaakt de tijd.
- Het streven is dat het interview tussen de 30 en 45 minuten zal duren.

Bijlage 10: Topiclijst

TOPICS	SUBTOPICS	VOORBEELDVRAGEN
Ouders worden	- Vertrouwd raken met het kind - Voeding - Zorg voor kind	Wat zijn uw behoeftes ten aanzien van.....? Wordt daar op dit moment aan voldaan? Hoe zou dit beter kunnen? Zijn er op dit gebied nog behoeftes van u waar niet aan wordt tegemoet gekomen? VB: Uit de literatuur blijkt dat huid op huid contact een positief effect heeft op de verdere hechting met het pasgeborene kind, hoe ervaart u dit?
Informatieverstrekking	- Communicatie - Voorlichting - Contact - Juiste moment	Wat zijn uw behoeftes ten aanzien van.....? Wordt daar op dit moment aan voldaan? Hoe zou dit beter kunnen? Zijn er op dit gebied nog behoeftes van u waar niet aan wordt tegemoet gekomen? VB: Wat vindt u van de mate van informatieverstrekking en komt dit op een voor u gelegen moment?
Participatie in zorg	- Betrekken in zorg - Steun - Afstemming	Wat zijn uw behoeftes ten aanzien van.....? Wordt daar op dit moment aan voldaan? Hoe zou dit beter kunnen? Zijn er op dit gebied nog behoeftes van u waar niet aan wordt tegemoet gekomen?" VB: Uit de literatuur blijkt dat gemis van vroeg contact en een directe scheiding na de geboorte extreem stressvol en emotioneel zijn, op welke wijze zou u het liefste betrokken worden in de zorg?
Samenwerking	- Overleg - Besluitvorming - Band met personeel - Aansluiting bij individuele behoefte	Wat zijn uw behoeftes ten aanzien van.....? Wordt daar op dit moment aan voldaan? Hoe zou dit beter kunnen? Zijn er op dit gebied nog behoeftes van u waar niet aan wordt tegemoet gekomen? VB: Wat vindt u belangrijk in de samenwerking tussen uw gezin en andere hulpverleners?
Ruimtelijke vormgeving	- Gezinskamers - Rooming-in - Sfeer/uitstraling - Privacy - Thuis voelen	Wat zijn uw behoeftes ten aanzien van.....? Wordt daar op dit moment aan voldaan? Hoe zou dit beter kunnen? Zijn er op dit gebied nog behoeftes van u waar niet aan wordt tegemoet gekomen? VB: Welke middelen heeft u nodig om uzelf zo goed mogelijk thuis te laten voelen?

		- Wat vindt u van het gebruik van gezinssuites en hoeveel waarde hecht u hieraan?
Personeel	- Benaderingswijze - Informatieoverdracht - Houding - Privacy - Respect en waardigheid	Wat zijn uw behoeftes ten aanzien van.....? Wordt daar op dit moment aan voldaan? Hoe zou dit beter kunnen? Zijn er op dit gebied nog behoeftes van u waar niet aan wordt tegemoet gekomen? VB: Wat vindt u belangrijk in een benaderingswijze van het personeel?