

Kangoeroezorg bij prematuren

Kangoeroezorg als pijnreducerende interventie: van eigen initiatief naar een gestandaardiseerde praktijk op de neonatologie afdeling. Een kwalitatief onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij verpleegkundigen.



Bronvermelding omslagfoto: (Aleisha Fetters & McGinnis, 2018. Copyright: Meredith Corporation)

“Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.”

Kangoeroezorg bij prematuren

Kangoeroezorg als pijnreducerende interventie: van eigen initiatief naar een gestandaardiseerde praktijk op de neonatologie afdeling. Een kwalitatief onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij verpleegkundigen.

Geschreven door:	Femke Willemen
Studentnummer:	00067581
School:	HZ University of Applied Sciences
Plaats:	Vlissingen
Opleiding:	Bachelor in de Verpleegkunde
Cursus:	Praktijkgericht onderzoek II – CU09322
Schooljaar:	2018-2019

Opdrachtgever:	S. van Hest - Verhalle
Eerste beoordelaar:	D.C.A. van der Staal – de Klerck
Tweede beoordelaar:	I.A.M. Ergin - Maas

Datum van afgifte:	24-05-2019
--------------------	------------

Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoeksverslag “Kangoeroezorg bij prematuren”. Het onderzoek is uitgevoerd als afstudeeropdracht voor de bacheloropleiding Verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences in Vlissingen. Het onderzoek is uitgevoerd op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en liep van september 2018 tot maart 2019. In juni 2019 wordt het onderzoek afgerond met een eindpresentatie.

Mijn dank gaat uit naar mijn docenten Diny van der Staal - de Klerck, Therese Jansen en Inge Ergin - Maas voor de begeleiding en de feedback. Daarnaast wil ik leidinggevende en opdrachtgever Suzanne van Hest-Verhalle, praktijkopleider Godelieve van den Aker en de kinder- en neonatologieverpleegkundigen van de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg bedanken voor hun deelname aan het onderzoek. Tot slot wil ik mijn peergroep bedanken voor de feedback en voor de motivatie om het onderzoek tot een mooi einde te brengen. Ik wens u veel leesplezier toe.

Femke Willemen

Tilburg, 20 mei 2019

Samenvatting

Inleiding. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) meldt dat jaarlijks wereldwijd vijftien miljoen neonaten prematuur geboren worden. Zij brengen de eerste levensweken door op een intensive care neonatologie. Zonder pijnstilling ondergaan prematuren hier gemiddeld twee tot tien invasieve procedures per dag. Het is belangrijk bij een invasieve procedure de pijn zo veel mogelijk te beperken, omdat zulke procedures verschillende nadelige effecten hebben voor de prematuur. Kangoeroezorg is een niet-medicamenteuze interventie die effectief is gebleken bij het verminderen van pijn, veroorzaakt door een invasieve procedure. Hierbij worden de pasgeboren neonaten met alleen een luier aan op de blote borst van één van de ouders geplaatst. Uit onderzoek blijkt dat bij het verplegend personeel verschillende barrières bestaan om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie toe te passen. Het doel van dit onderzoek is het in beeld brengen van belemmerende en bevorderende factoren hiervoor.

Methode. De toegepaste methode is een kwalitatief surveyonderzoek. Het surveyonderzoek is uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews aan de hand van een topiclijst. Zeven semigestructureerde interviews zijn afgenomen onder kinder- of neonatologieverpleegkundigen, werkzaam op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. De data is geanalyseerd volgens de acht stappen van de 'gefundeerde theoriebenadering'.

Resultaten. Uit de zeven semigestructureerde interviews blijkt dat verschillende belemmeringen worden ervaren bij de toepassing van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie. Tijdgebrek, werkdruk en afwezigheid van de ouders spelen hierin de grootste rol. Daarnaast merken de respondenten op dat ouders geen eenduidige informatie krijgen. De aanwezigheid van alle faciliteiten voor de uitvoering van kangoeroezorg wordt als bevorderende factor genoemd. Ook geven alle zeven respondenten aan dat zij zelf vinden voldoende kennis van het begrip te hebben. Toch blijkt dat de meerderheid van de respondenten niet op de hoogte zijn van de pijnreducerende factor die kangoeroezorg heeft.

Conclusie. Tijdgebrek, werkdruk, afwezigheid van ouders en de niet eenduidige informatie die de respondenten geven aan de ouders worden gezien als belemmerende factoren om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie te standaardiseren op de neonatologie afdeling. De meerderheid van de respondenten blijken niet op de hoogte te zijn van de pijnreducerende factor. Wel zijn op de afdeling alle faciliteiten aanwezig om kangoeroezorg uit te voeren.

Aanbevelingen. Op grond van het onderzoek wordt aanbevolen een richtlijn te ontwikkelen en een scholing te organiseren over de kennis en uitvoering van kangoeroezorg. Dit is van belang om de standaardisering van de pijnreducerende interventie op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg te laten slagen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
<i>Pijn</i>	11
<i>Kangoeroezorg heeft evidente voordelen</i>	11
<i>Barrières voor verpleegkundigen</i>	12
<i>Ouders van prematuur geboren neonaten</i>	12
<i>Onderzoek naar kangoeroezorg in het St. Elisabeth Ziekenhuis</i>	12
1.2 Doelstelling van het onderzoek	13
1.3 Centrale onderzoeksvraag en deelvragen	13
1.4 Relevantie van het onderwerp voor de praktijk en het verpleegkundig beroep	13
<i>CanMEDS-rollen</i>	13
1.5 Leeswijzer	14
2. Methode	15
2.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp	15
2.2 Onderzoekspopulatie	15
2.3 Setting van het onderzoek	16
2.4 Dataverzameling en meetinstrument	16
2.5 Dataregistratie, dataverwerking en data-analyse	17
2.6 Betrouwbaarheid	17
2.7 Validiteit	17
2.8 Juridische en ethische aspecten	18
2.9 Rapportage	18
2.10 Tijdsplanning en begroting	18
3. Resultaten	19
3.1 Demografische factoren	19
3.2 Kangoeroezorg	19
3.2.1 Definitie	19
3.2.2 Kennis	20
3.2.3 Ervaring	20
3.2.4 Frequentie van de algemene toepassing van kangoeroezorg	20
3.2.5 Doel van kangoeroezorg en situaties waarin kangoeroezorg wordt toegepast	21
3.2.6 De toepassing van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie	21
3.3 Pijn	21
3.3.1 Herkennen van pijn	21
3.3.2 Interpreteren van pijn	22

3.3.3 Gevolgen van pijn	22
3.3.4 Pijnreductie.....	22
3.4 Belemmerende factoren	22
3.4.1 Belemmeringen	22
3.4.2 Nadelen aan de uitvoering van kangoeroezorg.....	23
3.4.3 Opheffen belemmeringen	23
3.5 Stimulerende factoren	24
3.5.1 Voordelen kangoeroezorg	24
3.5.2 Stimulerende factoren.....	24
4. Discussie	27
4.1 Interpretatie van de resultaten.....	27
4.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek	28
5. Conclusies en aanbevelingen	29
5.1 Conclusies.....	29
5.1.1 Deelvraag 1	29
5.1.2 Deelvraag 2	29
5.1.3 Hoofdvraag	30
5.2 Aanbevelingen.....	30
5.2.1 Aanbevelingen aan de organisatie	30
5.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	31
Bibliografie	33
Bijlage 1 – Zoekplan.....	35
Bijlage 2 – Operationaliseringsschema	39
Bijlage 3 – Informed consent.....	43
Bijlage 4 – Schriftelijk toestemmingsformulier praktijkgericht onderzoek.....	45
Bijlage 5 – Tijdsplanning onderzoek.....	47
Bijlage 6 – Transcript interview	49
Bijlage 7 – Fragmenteren en labelen.....	55
Bijlage 8 – Codes en waarden	63
Bijlage 9 – Groeperen en ordening	71
Bijlage 10 – Hiërarchie, hoofd- en subgroepen.....	73

1. Inleiding

De inleiding bevat de achtergrond en aanleiding voor de uitvoering van het praktijkgerichte onderzoek. Deze worden geïllustreerd aan de hand van relevante literatuur over dit onderwerp. Ook bevat dit deel de doelstelling van het onderzoek en de onderzoeksvraag met de twee deelvragen. Tot slot belicht deze inleiding de verpleegkundige relevantie aan de hand van de CanMEDS-rollen. Deze inleiding eindigt met een leeswijzer.

1.1 Achtergrond

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) meldt dat jaarlijks wereldwijd vijftien miljoen neonaten prematuur worden geboren (Dezhdar, Jahanpour, Firouz Bakht, & Ostovar, 2016). Een prematuur is een neonaat geboren tussen de 32^{ste} en 37^{ste} zwangerschapsweek.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) schrijft in de Staat van Volksgezondheid en Zorg (2018) dat van de in 2017 in Nederland 167.595 levend geboren kinderen, 6.9% vóór een zwangerschapsduur van 37 weken werd geboren. Wat neer komt op 11.564 prematuur geboren neonaten. Volgens de meest recente beschikbare statistieken zijn in 2015 4131 prematuren opgenomen op een intensive care neonatologie (ic-neonatologie). Hierbij is het aantal opnames omgekeerd evenredig met de zwangerschapsduur (Perined, 2016). In het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg waren het volgens de meest recent bekende statistieken in 2018 270 prematuren (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, persoonlijke communicatie, 21 januari 2019).

Prematuur geboren neonaten brengen de eerste levensweken door op een ic-neonatologie. Op deze afdeling liggen premature pasgeborenen die continue intensieve zorg nodig hebben. Deze prematuren ondergaan op een ic-neonatologie, zonder pijnstilling, gemiddeld twee tot tien invasieve procedures per dag, zoals de hielprik en een veneuze bloedafname (Johnston et al., 2003). Gao et al. (2015) suggereren in het onderzoek dat invasieve procedures die regelmatig herhaald worden, op lange termijn negatieve consequenties kunnen hebben. Zoals een verhoogd risico op infectie, langere ziekenhuisopname en een verhoogd sterftecijfer van de pasgeborenen.

Pijn

De International Association for the Study of Pain (IASP) definieert pijn als "een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging" (International Association for the Study of Pain, 2017). Een onderzoek bij prematuur geboren neonaten toont aan dat blootstelling aan herhaalde pijn gerelateerde stress, in verband staat met een gewijzigde hersenstructuur, hogere stresshormoonspiegels en slechtere neurologische ontwikkeling (Gao et al., 2015). Het onder controle houden van pijn is erg belangrijk in de zorg aan prematuren binnen de neonatale eenheid op low-, medium- en high care neonatologie afdelingen. Ook zijn prematuren minder goed in staat om pijnlijke stimuli te verminderen of te remmen, vanwege hun immatuur neurologisch stelsel. Hierdoor zijn ze gevoeliger voor pijn. Uit onderzoek blijkt dat de neonatale pijndrempel 30 tot 50% lager is dan bij volwassenen (Gao et al., 2015).

Kangoeroezorg heeft evidente voordelen

Niet-medicamenteuze interventies, zoals kangoeroezorg, hebben een grotere impact op het verminderen van pijn veroorzaakt door een invasieve procedure dan medicamenteuze interventies (Nimbalkar, Chaudhary, Gadhavi, & Phatak, 2013).

Kangoeroezorg is een goedkope, niet-invasieve en veilige interventie die ook ouders de mogelijkheid geeft om hun kind te troosten tijdens invasieve pijnlijke procedures (Gao et al., 2015). Deze vorm van zorg werd in 1979 in Colombia ontwikkeld en oorspronkelijk toegepast als alternatief voor het niet beschikbaar zijn van een couveuse voor prematuur geboren neonaten (Nimbalkar et al., 2013; Dezhdar et al., 2016). Deze zorg wordt steeds meer geaccepteerd als zorgstandaard op een ic-neonatologie. Hierbij wordt de pasgeboren baby met alleen een luier aan op de blote borst van één van de ouders geplaatst. Op deze manier wordt de huid van de neonaat maximaal blootgesteld aan de warme huid van één van de ouders (Johnston et al., 2003). Wat blijkt is dat het geven van kangoeroezorg meer voordelen heeft dan alleen het verminderen van pijn bij prematuren; het behoud van een goede lichaamstemperatuur, een stabiele glucosewaarde en verbetering van de neurologische ontwikkeling (Campbell-Yeo, Disher, Benoit & Johnston, 2015).

Barrières voor verpleegkundigen

Uit de literatuur blijkt dat bij het verplegend personeel verschillende barrières bestaan om de uitvoering van kangoeroezorg succesvol toe te passen. Onvoldoende personeel en onvoldoende ervaring met het faciliteren van kangoeroezorg, als ook sociaal-culturele factoren en het gebrek aan tijd om kangoeroezorg op een juiste wijze uit te voeren worden genoemd als barrières. Net als het gebrek aan educatie aan verpleegkundigen en ouders en het gebrek aan middelen om kangoeroezorg op de afdeling mogelijk te maken (Campbell-Yeo et al., 2015; Seidman et al., 2015; Smith et al., 2017).

Ouders van prematuur geboren neonaten

Een onderzoek van elf ic-neonatologie afdelingen, met 200 ouders van prematuur geboren neonaten, toont aan dat zij zich zorgen maken over de pijnbestrijding. Hierbij ervaren zij het pijnlijken van hun kind als primaire bron van stress. De ouders meldden hierbij dat hun baby matige tot ernstige pijn had die erger was dan ze hadden verwacht (Franck, Scurr, & Couture, 2001). Een bijkomende zorg van de ouders is het verlies van de ouderlijke rol. Hierbij hoort ook dat ouders niet zelf comfort kunnen bieden aan hun te vroeg geboren kindje tijdens de ziekenhuisopname. Daarnaast blijkt uit een ander onderzoek onder ouders die kangoeroezorg geven, dat terwijl hun kindje een invasieve procedure onderging op een ic-neonatologie, 80% van de moeders positieve gevoelens ervaarden en 90% hierbij zeiden dat ze het opnieuw zouden toepassen (Johnston et al., 2017).

Onderzoek naar kangoeroezorg in het St. Elisabeth Ziekenhuis

De neonatologie afdeling in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg maakt deel uit van de organisatie Fam. Fam is een organisatie die zowel geboortezorg als kindergeneeskundige zorg biedt. Binnen de hele organisatie Fam wordt gewerkt met de visie 'Family Centered and Integrated Care' (Fam, z.d.). In het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg wordt kangoeroezorg momenteel op eigen initiatief van de kinder- en neonatologieverpleegkundigen toegepast. Het is nog niet gestandaardiseerd op de afdeling. Op basis van de voordelen die de literatuur beschrijft over kangoeroezorg en de visie van Fam, is het gerechtvaardigd dat de standaardisering van kangoeroezorg in dit ziekenhuis wordt onderzocht.

Uit het eerder aangehaalde onderzoek van Campbell-Yeo et al. (2015) en Seidman et al. (2015) blijkt dat het verplegend personeel verschillende barrières ervaren in de uitvoering van deze zorg. Daarom

is dit onderzoek gericht op belemmerende en bevorderende factoren bij de verpleegkundigen op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis. Aan de hand van de resultaten die worden verkregen, worden aanbevelingen gedaan.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het bovenstaande mondt uit in het nu volgende onderzoeksdoel.

Het doel van dit onderzoek is om voor 18 maart 2019 inzicht te verkrijgen in wat door de verpleegkundigen op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, als belemmerende en bevorderende factoren worden gezien om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie, om te zetten van 'een interventie op eigen initiatief' naar 'een op de afdeling gestandaardiseerde interventie'.

1.3 Centrale onderzoeksvraag en deelvragen

Gezien de vele voordelen die de literatuur beschrijft over kangoeroezorg en de afdelingsvisie op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis, lijkt de standaardisering van deze interventie wenselijk. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij de verpleegkundigen, op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie, om te zetten van 'een interventie op eigen initiatief' naar 'een op de afdeling gestandaardiseerde interventie'?

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag zijn twee deelvragen opgesteld:

1. Welke bevorderende en belemmerende factoren worden gezien door de verpleegkundigen bij de toepassing van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie?
2. Welke verwachtingen zijn er bij de verpleegkundigen om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie om te zetten van een interventie op eigen initiatief naar een interventie die wordt gestandaardiseerd op de afdeling?

1.4 Relevantie van het onderwerp voor de praktijk en het verpleegkundig beroep

Het onderwerp van dit onderzoek is relevant voor het verpleegkundig beroep. Gezien de vele voordelen die uit onderzoek naar kangoeroezorg blijken, kan het een grote rol spelen op de neonatologie afdeling in de dagelijkse zorg. Daarnaast kan een bachelor verpleegkundige indien gewenst werken op een neonatologie afdeling, waarbij de verpleegkundige in aanraking komt met de toepassing van kangoeroezorg.

CanMEDS-rollen

Sinds 2012 wordt in het beroepsprofiel van de verpleegkundige gebruik gemaakt van de zeven rollen van CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists). De zeven rollen zijn: zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve professional, gezondheidsbevorderaar, organisator, professional en kwaliteitsbevorderaar (Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen, 2012). Alle zeven rollen staan in verband met het werk als kinder- of neonatologieverpleegkundige. Zij hebben onder andere een belangrijke rol als communicator, zorgverlener en gezondheidsbevorderaar. De verpleegkundige communiceert met de ouders en

levert een zo optimaal mogelijke zorg aan de premature neonat waardoor de gezondheidstoestand van deze prematuur wordt bevorderd. Bij het leveren van optimale zorg, waarvan de pijnreducerende interventie kangoeroezorg een onderdeel is, geven de verpleegkundigen voorlichting over deze methode aan de ouders van de pasgeborene. Door deze methode toe te passen wordt de gezondheidstoestand van de premature neonat bevorderd. Deze rollen tonen de verpleegkundige relevantie van het praktijkgerichte onderzoek aan (Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen, 2012).

1.5 Leeswijzer

Het verslag begint met het hoofdstuk over de methode van onderzoek. Hierin wordt uitgelegd hoe het onderzoek is uitgevoerd. Tevens bevat dit hoofdstuk de verantwoording over de gevolgde methodologie (onderzoekstype, onderzoeksontwerp, de onderzoekspopulatie en setting van het onderzoek, de dataverwerking en -analyse, de betrouwbaarheid en validiteit, de juridische en ethische aspecten, de rapportering, de tijdsplanning en begroting). Gevolgd door de onderzoeksresultaten en het discussie hoofdstuk. Hierin worden tevens de sterke en zwakke punten van het onderzoek in kaart gebracht.

Het laatste hoofdstuk bevat de conclusies en de aanbevelingen voor de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis.

Bij dit verslag is een bibliografie gevoegd. De bijlagen bevatten onder andere het zoekplan, het operationaliseringsschema, een kopie van het in dit onderzoek gebruikte informed consent, het toestemmingsformulier en de transcripties van de interviews. Een volledig overzicht van de tien bijlagen is terug te lezen in de inhoudsopgave.

2. Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de methode van het onderzoek. De methodologie bevat het onderzoekstype, het onderzoeksontwerp, de onderzoekspopulatie, de setting van het onderzoek, de dataverzameling met het meetinstrument en de dataregistratie, dataverwerking en data-analyse. De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden hier eveneens besproken. Het hoofdstuk sluit af met de juridische en ethische aspecten, de rapportering, de tijdsplanning en de begroting van het onderzoek.

2.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is een beschrijvend onderzoek als onderzoekstype en een kwalitatief surveyonderzoek als onderzoeksontwerp gebruikt. Beschrijvend onderzoek richt zich op de aard of de kenmerken van de onderzoekseenheden. In dit onderzoek is dat het verplegend personeel op de neonatale eenheid. Hiervoor is gekozen omdat het bij een beschrijvend kwalitatief surveyonderzoek gaat om het beschrijven van de belevingen, gevoelens en ervaringen vanuit het perspectief van de respondenten (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005).

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit kinder- en neonatologieverpleegkundigen die werkzaam zijn op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. Dit is een perifeer ziekenhuis. Gekozen is voor kinder- en neonatologieverpleegkundigen binnen de neonatale eenheid om twee redenen. De eerste is omdat in het onderzoek de focus ligt op prematuur geboren neonaten en deze prematuren de eerste levensweken doorbrengen op een ic-neonatologie (Johnston et al., 2003). Ten tweede omdat blijkt dat het verpleegkundig personeel veel barrières ziet om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie toe te passen, terwijl de literatuur veel voordelen beschrijft. Alle verpleegkundigen niet werkzaam als kinder- of neonatologieverpleegkundige op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis zijn geëxcludeerd (Baarda et al., 2005). Daarnaast moesten de kinder- of neonatologieverpleegkundigen voor minimaal zes maanden en tenminste zestien uur per week werkzaam zijn op de afdeling neonatologie. Deze grenzen zijn gesteld om zeker te zijn dat de verpleegkundigen in aanraking komen met kangoeroezorg.

De inclusiecriteria, samengevat:

- kinder- of neonatologieverpleegkundigen die werkzaam zijn op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg;
- minimaal zes maanden werkzaam als kinder- of neonatologieverpleegkundige op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg;
- kinder- of neonatologieverpleegkundigen die minimaal zestien uur per week werkzaam zijn op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg.

Exclusie criterium:

- stagiaires in opleiding tot mbo- of bachelor verpleegkundige.

De kinder- en neonatologieverpleegkundigen zijn geselecteerd middels een aselechte steekproef (Baarda et al., 2005). De 34 kinder- en neonatologieverpleegkundigen zijn benaderd via e-mail met de vraag deel te nemen aan het onderzoek. De verpleegkundigen konden zichzelf aanmelden door

een e-mail terug te sturen naar de onderzoeker. De onderzoeker heeft daardoor geen invloed gehad op de aanmeldingen van respondenten. Voor het verkrijgen van betrouwbare en valide uitspraken is de grens gesteld op vijf kinder- of neonatologieverpleegkundigen. Bij een minimale deelname van vijf respondenten kan namelijk worden gesteld dat basisinformatie is verzameld en de onderzoeker vervolgens herhaling van antwoorden krijgt. In totaal hebben zeven verpleegkundigen op vrijwillige basis deelgenomen aan het onderzoek.

2.3 Setting van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van het afstudeeronderzoek voor de opleiding bachelor verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen. Tussen september 2018 en maart 2019 heeft het onderzoek plaats gevonden op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. Een gedetailleerde tijdsplanning is terug te vinden in Bijlage 5.

2.4 Dataverzameling en meetinstrument

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van semigestructureerde interviews over het thema ‘de standaardisering van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie binnen de neonatale eenheid’. Deze interviewvorm is gekozen om diepgang te verkrijgen en sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk te vermijden. De sociaal wenselijke antwoorden zijn zoveel mogelijk vermeden door het interview te laten plaatsvinden in tweegesprek, op de neonatologie afdeling in een afgesloten kantoor en anonimiteit te verzekeren. Hierdoor is een veilige omgeving gecreëerd voor de respondent. Deze methode van interviewen draagt bij aan een betrouwbaar en valide onderzoek. Voor het semigestructureerde interview is voorafgaand aan het onderzoek een topiclijst opgesteld (bijlage 2). Deze topiclijst fungeert als leidraad tijdens het afnemen van de interviews. De onderzoeker kon afwijken van deze lijst (Verhoeven, 2014). De topiclijst is opgesteld aan de hand van wetenschappelijke literatuur (bijlage 1). Deze literatuur is terug te vinden in het operationaliseringsschema (bijlage 2). De vragen die horen bij de topiclijst geven antwoord op de hoofdvraag en deelvragen. Deze zijn terug te lezen in paragraaf 1.3.

Bij de opbouw van de topiclijst is rekening gehouden met de volgorde. Belangrijk is dat de respondent de volgorde als logisch ervaart. De topiclijst start met een algemeen topic, namelijk ‘demografische factoren’ en wordt specifiek naar het einde van het interview. Hierbij wordt ingegaan op de belemmerende en bevorderende factoren. Het interview is van start gegaan met de volgende inleidende vraag: “Kunt u mij vertellen wat u al weet over kangoeroezorg?” (Baarda et al., 2005).

De interviews zijn opgenomen met een mobiele telefoon.

Voor aanvang van de interviews is toestemming verkregen van de respondenten met een informed consent voor anonieme deelname aan het onderzoek én voor het mogen opnemen van de interviews, ter vergemakkelijking van de uitwerking. De onderzoeker heeft tijdens het afnemen van de interviews datasaturatie bereikt. Hierdoor kan de dataverzameling gestopt worden. Dat betekent dat genoeg informatie is verkregen en herhaling van antwoorden zich voor kan doen.

De ondertekende informed consent-formulieren, opnames en transcripten van de interviews worden na het verdedigen van het onderzoeksverslag vernietigd.

2.5 Dataregistratie, dataverwerking en data-analyse

De interviews zijn uitgewerkt volgens de acht stappen van de ‘gefundeerde theoriebenadering’ van Verhoeven (Verhoeven, 2014). Voorafgaand aan de uitwerking van de interviews zijn deze eerst volledig uitgeschreven (bijlage 6). Begonnen is met het interview waaruit de onderzoeker de meeste codewoorden kon opstellen. Nadien volgt het uiteenrafelen van de tekst. Dit betekent dat de tekst wordt opgedeeld in kleine fragmenten, die samengevat worden in één woord. Dit is de eerste stap (bijlage 7). Daarna is een waarde toegekend aan de gevonden woorden, waar aan een interpretatie is gegeven (bijlage 8). Als derde is een code gegeven als omschrijving van het samengevatte fragment (bijlage 8). Vervolgens in stap 4 zijn de termen gegroepeerd en is een ordening aangebracht (bijlage 9). Na het ordenen zijn de codewoorden gesorteerd en is een hiërarchie aangebracht. Dit was de vijfde stap (bijlage 10). Vervolgens, in stap 6, zijn verbanden gezocht en gevonden tussen de begrippen. Door te kijken welke codes bij elkaar horen zijn hoofd- en subgroepen aangemaakt. Dat wordt ‘axiaal coderen’ genoemd (bijlage 10). De volledige uitwerkingen van de bijlagen zijn terug te vinden in het logboek. De zevende stap van de ‘gefundeerde theoriebenadering’ is beschreven in hoofdstuk 3, de resultaten van de semigestructureerde interviews. Tot slot zijn de conclusie en aanbevelingen beschreven in hoofdstuk 5, dit is de achtste stap (Verhoeven, 2014).

2.6 Betrouwbaarheid

Onder betrouwbaarheid wordt verstaan in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten. De onderzoeker tracht de betrouwbaarheid van het kwalitatieve onderzoek te verhogen door standaardisering toe te passen. Wat wil zeggen ‘systeem aanbrengen’ in de analyse van de verkregen data door middel van de ‘gefundeerde theoriebenadering’ (Verhoeven, 2014). Daarnaast is in de opzet en methodologie van het onderzoek rekening gehouden met de mogelijkheid tot herhaalbaarheid van het onderzoek op een ander tijdstip, met een andere groep respondenten, onder andere omstandigheden en uitgevoerd door een andere onderzoeker. Verder is de methode van onderzoek getest: vier keer is een proefinterview gehouden met medestudenten en is een peer feedback uitgevoerd. Dat houdt in dat medestudenten de resultaten hebben nagelezen en van commentaar hebben voorzien. Dit commentaar is door de onderzoeker verwerkt.

De interviews zijn, na goedkeuring van de respondent, opgenomen voor uitwerkingsdoeleinden. De interviews zijn vervolgens volledig uitgewerkt. Hierdoor is geen informatie achterwege gelaten en foute interpretatie door de onderzoeker zo veel mogelijk vermeden. Ook is sprake van ‘theoretische triangulatie’: het onderzoek is onderbouwd door theoretische uitgangspunten en een onderbouwing van de probleemstelling en onderzoeksopzet.

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek is een logboek bijgehouden. Hierin zijn alle leermomenten, keuzes en veranderingen genoteerd, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Verhoeven, 2014).

2.7 Validiteit

Het uitvoeren van een valide onderzoek wil zeggen: de mate waarin het onderzoek vrij is van systematische fouten. De afwezigheid van deze systematische fouten is van belang zodat de juiste conclusies worden getrokken (Verhoeven, 2014). De validiteit van het onderzoek is verhoogd doordat sprake is van een betrouwbaar aantal respondenten. Zeven kinder- of neonatologieverpleegkundigen hebben deelgenomen en datasaturatie is bereikt. Aan de hand van de resultaten zijn een uitspraak en aanbevelingen gedaan voor de neonatologie afdeling van het St.

Elisabeth Ziekenhuis. De resultaten zijn niet generaliseerbaar voor een neonatologie afdeling in een ander ziekenhuis, maar wel te verkrijgen door het uitvoeren van het onderzoek in een gelijkwaardige situatie. Dit wordt 'externe validiteit' genoemd.

De interne validiteit is gewaarborgd door de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen, zoals beschreven in paragraaf 2.4. Een pilot interview heeft uitgewezen dat de onderzoeker in staat is om de interviews op een juiste wijze af te nemen.

Tot slot is rekening gehouden met de begripsvaliditeit. Indien nodig is tijdens de interviews de begrippen toegelicht met behulp van de literatuur over dit onderwerp (Verhoeven, 2014).

2.8 Juridische en ethische aspecten

Voor aanvang van het onderzoek is toestemming gevraagd aan de leidinggevende van de neonatologie afdeling, die ook opdrachtgever is van dit onderzoek (bijlage 4). Na goedkeuring van het onderzoeksvoorstel door de begeleidende docenten van de HZ University of Applied Sciences is gestart met het onderzoek. De respondenten zijn voorafgaand aan het deelnemen van het onderzoek geïnformeerd via een informed consent (bijlage 3). Hierin staat beschreven dat de gegevens anoniem worden verwerkt. Na het voltooien van het onderzoeksverslag en het plaatsvinden van de verdediging van het onderzoek worden de ondertekende informed consent-formulieren, opnames en transcripten van de interviews vernietigd.

2.9 Rapportage

Rapportage gebeurt in een scriptie geschreven voor de HZ University of Applied Sciences en wordt gepresenteerd voor een jury. Deze jury bestaat uit de eerste en tweede beoordelaar van het praktijkgerichte onderzoek. Daarnaast is de peergroep aanwezig.

Geïnteresseerde deelnemers kunnen, indien gewenst, via mail de aanbevelingen ontvangen. De deelnemers zijn vrij om de aanbevelingen over te nemen.

2.10 Tijdsplanning en begroting

De tijdsplanning voor de uitvoering van het onderzoek is weergegeven in Bijlage 5.

Het opmaken van een begroting voor dit praktijkgerichte afstudeeronderzoek was niet nodig, omdat geen extra kosten zijn gemaakt.

3. Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de kwalitatieve onderzoeksresultaten aan de hand van vijf topics, namelijk: demografische factoren, kangoeroezorg, pijn, belemmerende factoren en stimulerende factoren. De resultaten komen voort uit de semigestructureerde interviews gehouden met zeven kinder- en neonatologieverpleegkundigen van het St. Elisabeth Ziekenhuis. Relevante citaten ondersteunen de geanalyseerde interviews.

3.1 Demografische factoren

De demografische factoren staan in Tabel 1. De leeftijd van de respondenten loopt uiteen. De jongste respondent is 23 jaar en de oudste respondent is 60 jaar. Van de zeven respondenten zijn zes vrouw en één man. Vijf respondenten hebben de functie neonatologieverpleegkundige en twee respondenten hebben de functie kinderverpleegkundige. De kortste werkduur op de neonatologie is 11 maanden. Eén respondent heeft met 39 jaar de meeste werkervaring.

De contractgrootte van de respondenten wisselt tussen 24 uur en 36 uur per week, de hoogst behaalde opleiding van de neonatologieverpleegkundigen is de High Care Neonatologie (HCN) en van de kinderverpleegkundigen de kinderspecialisatie. Alle respondenten zijn van Nederlandse afkomst.

Tabel 1: Demografische factoren

	Respondenten (n = 7)
Leeftijd (gemiddeld in jaren)	47
Vrouw	6
Man	1
Kinderverpleegkundige	2
Neonatologieverpleegkundige	5
Werkduur (gemiddeld in jaren)	22
Contractgrootte (gemiddeld uren)	31
Hoogst behaalde opleiding	High Care Neonatologie (HCN)
Land van herkomst	Nederland

3.2 Kangoeroezorg

3.2.1 Definitie

Op de vraag wat de definitie van kangoeroezorg is, komen de antwoorden grotendeels overeen. Vijf van de zeven respondenten geven aan dat zij het associëren met het begrip 'huid op huidcontact'. Dezelfde vijf respondenten benoemen ook dat het huid op huidcontact bij zowel vader als moeder kan worden uitgevoerd. Vier keer benoemen de respondenten dat kangoeroezorg de hechting tussen ouder en kind bevordert. Daarnaast komt in de interviews naar voren dat de prematuur geboren neonaten zich tijdens kangoeroezorg geborgen voelen, de parameters stabiliseren, ze worden rustig en ze voelen de hartslag en warmte van de ouders. Dit is te zien op de monitor waar de prematuren op zijn aangesloten.

Een voorbeeld van een definitie die respondenten geven is de volgende:

"Ik zou zeggen, de definitie van kangoeroezorg is het maken van huid op huidcontact, dus blote huid van ouder, zowel moeder als vader en het kind om dus hechting te bevorderen" (interview 3).

3.2.2 Kennis

De antwoorden uit de interviews over de kennis die de respondenten bezitten over kangoeroezorg komen sterk overeen. Alle zeven respondenten geven aan, ongeacht werkduur en ervaring, in de eigen ogen voldoende kennis van begrip te hebben en zich bekwaam te voelen tot veilige uitvoering van kangoeroezorg. Een voorbeeld hiervan is:

“Ik schat mijzelf voldoende in, dat ik voldoende kennis heb en ja ik heb zeker voldoende kennis over de voordelen en het belang van veilig huid op huidcontact” (interview 3).

3.2.3 Ervaring

Alle zeven respondenten zeggen goede ervaringen te hebben met de uitvoering van kangoeroezorg. Bij de omschrijving van deze ervaringen komt naar voren, dat de prematuur geboren neonaten ervan fysiek opknappen, zij rustig worden, de hechting wordt bevorderd tussen ouder en kind en de prematuren zich sneller en beter ontwikkelen. Dit zien de respondenten door klinische observatie.

Hieronder staat een ervaring van een respondent over de uitvoering van kangoeroezorg:

“Oh ja, ik vind dat echt geweldig. Ja vooral als kindjes enigszins maar stabiel zijn aan bijvoorbeeld een CPAP of weet ik veel, dat doet ze zo goed, daar knappen ze zo van op. Ik had laatst nog een kindje dat lag al anderhalve dag aan de CPAP en dat knapte maar niet op. Dat kindje had ook nog niet bij mama gelegen en 's middags was ze redelijk stabiel na paracetamol en toen heb ik ze bij mama gelegd en daarna is het alleen maar beter gegaan dus ja dat is heel fijn. En ehm ja, ouders hebben ook meer binding met hun kind. Anders ligt daar maar zo'n kind en dan denken ze: ja het is van mij maar ze voelen die binding dan niet. En dat is wel iets waarvan ik denk: oeh daar moet je wel voor oppassen en het is heel belangrijk voor ouders om hun kind te voelen en te ruiken en bij zich te hebben en als dat dan de eerste tijd niet kan dan komt daar toch een afstand denk ik en dat is niet goed, dat moet je voorkomen (interview 4).”

3.2.4 Frequentie van de algemene toepassing van kangoeroezorg

De frequentie van de algemene toepassing van kangoeroezorg op de afdeling loopt uiteen. Vier respondenten doen het zeker dagelijks. Drie respondenten zeggen: “dagelijks als de tijd en omstandigheden het toelaten” en “ik zou het vaker moeten doen”. Waarbij afhankelijkheid of afwezigheid van ouders en de afhankelijkheid van de stabiliteit van het kind factoren zijn om het niet te doen. Afhankelijkheid van de ouders wil zeggen dat alleen aanwezigheid van ouders niet voldoende is. Ouders zelf moeten open staan voor en de tijd nemen om te kangoeroeën met hun te vroeg geboren kindje.

Twee respondenten zeggen het volgende over de frequentie van de algemene toepassing van kangoeroezorg:

“Ja, zeker dagelijks. Als het kan dan. Soms is het qua zorgzwaarte erg druk en heb je een kindje wat niet zo vaak uit de couveuse mag.... Ja, dan zijn je mogelijkheden beperkt. Soms zijn ook niet de ouders aanwezig op het tijdstip dat jij tijd hebt. Maar als het het toelaat, dan zeker dagelijks” (interview 7).

“Ja als belemmerende factor voor ouders dus zeg maar zie ik daar soms wel in dat ze aangeven dat er nog bezoek komt of dat ze nog willen douchen of eh ja dat ze allerlei argumenten bedenken om het niet te doen en dat vind ik zelf af en toe best jammer” (interview 3).

3.2.5 Doel van kangoeroezorg en situaties waarin kangoeroezorg wordt toegepast

In de antwoorden op de vraag in welke situaties en met welk doeleinde de respondenten kangoeroezorg op de afdeling toepassen, komt vijf keer terug: “om hechting tussen ouder en kind te bevorderen”. Vier respondenten geven aan dat het een positieve stimulans is voor de hechting tussen ouder en kind. Twee keer noemen respondenten dat zij het toepassen bij onrust en ondertemperatuur van de prematuur. Daarnaast laat één respondent blijken dat zij het vaak vergeet wegens tijdgebrek, drukte vanwege de artsensites of wanneer de ouders maar voor een korte tijd op de afdeling zijn.

3.2.6 De toepassing van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie

Na de beschrijving van kangoeroezorg in het algemeen in paragraaf 3.2.4, beschrijft deze paragraaf de toepassing van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie. Twee respondenten zeggen dat zij kangoeroezorg voor pijnreductie heel weinig toepassen. Twee andere respondenten geven aan het vaak te vergeten. Factoren om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie niet uit te voeren zijn onder andere de volgende: “heel omslachtig”, “niet mijn voorkeur”, “niet als standaard pijnstilling” en “afhankelijk zijn van de ouders”.

Eén respondent zegt hierover:

“Dat zou ik wel moeten doen maar dat vergeet ik vaak. Vooral toen jij net zei daar gaan we het over hebben, toen dacht ik o ja dat had ik vanochtend eigenlijk wel kunnen doen want dat kind lag bij moeder en waarom heb ik het daar weggepakt. Dat vergeet ik” (interview 4).

Daarnaast benoemen twee andere respondenten dat in overleg met de ouders het kind wel prikken tijdens de kangoeroezorg. Eén respondent geeft aan het vaker te moeten doen. Eén van deze drie respondenten zegt hierover het volgende:

“Of eventueel bijvoorbeeld als ze aan het kangoeroeën zijn op dat moment de prik te geven. Niet alle handelingen kunnen dan natuurlijk, maar bij prikken kan dat heel goed” (interview 6).

3.3 Pijn

3.3.1 Herkennen van pijn

De antwoorden op de vraag of en hoe de respondenten herkennen wanneer een prematuur geboren neonat pijn ervaart, komen overeen. Vijf respondenten geven aan dat zij dat doen door de prematuur te observeren. Waarbij twee respondenten benoemen pijn te herkennen op basis van de werkervaring.

Daarnaast is ook door drie respondenten geantwoord dat zij de pijn herkennen door te kijken naar de vitale functies op de monitor. De respondenten zien dan een verhoogde hartslag, ademhaling en zuurstofbehoefte.

Eén respondent zegt hierover:

“Ehm ja meestal gewoon door klinische observatie, onrust van een kind, anders reageren dan anders ehm eventueel de comfortscore maar dat is niet altijd pijn, dat is ook onrust. Maar ik denk wel dat gezien de ervaring die ik heb dat ik het goed kan inschatten of het kind echt onrustig is om wat voor reden dan ook of dat het kind echt pijn heeft. Ook kijken naar de parameters die ons dan ter beschikking staan” (interview 6).

3.3.2 Interpreteren van pijn

Alle zeven respondenten geven aan dat zij de pijn interpreteren door middel van het invullen van de Comfortscore. Twee respondenten zeggen dat zij ook gebruik maken van de werkervaring en eenmaal zegt een respondent dit te doen door te observeren met de klinische blik.

Eén respondent zegt het volgende:

“Sowieso met de comfortscore en dat meet natuurlijk niet alleen maar pijn maar ook onrust en het oncomfortabel zijn. Ehm dat is eigenlijk een beetje om mijn klinische blik te kunnen objectiveren, want daar gebruik ik de comfortscore voor ook al blijft het nog steeds subjectief. Maar door daarnaar te kijken zie je eigenlijk alles al en vang je echt alle gedragskenmerken al op. Wat betreft lezen van gedrag en eh dat zit er sowieso wel in. Voorheen deed ik het heel veel op gevoel maar die comfortscore maakt het een beetje makkelijker om je gevoel te objectiveren” (interview 1).

3.3.3 Gevolgen van pijn

De antwoorden op de vraag wat de gevolgen van herhaalde pijnlijke procedures zijn, lopen erg uiteen. Vier respondenten benoemen dat de groei en ontwikkeling van de prematuur vertraagd. Drie respondenten geven aan dat de prematuren sneller zijn geprikkeld. Voorbeeldfactoren zijn irritatie en stress. De overige antwoorden zijn: “oncomfortabel zijn”, “verhoogde hartslag en zuurstofbehoefte”, “spugen”, “onrust” en “neurologische schade”.

Eén respondent weet te benoemen dat herhaalde pijnlijke procedures gepaard gaan met een langere ligduur. Drie respondenten antwoorden dat ze het niet weten en twee andere respondenten hebben geen idee.

Eén respondent zegt het volgende over de gevolgen:

“Ik denk dat kinderen op de langere termijn meer geprikkeld en dus sneller geïrriteerd zijn. Ook denk ik dat de ontwikkeling van het kind vertraagd wordt door die herhaaldelijke prikkels en ehm dan bedoel ik met name de groei van het kind” (interview 7).

3.3.4 Pijnreductie

Alle zeven respondenten zeggen dat zij voorafgaand aan een pijnlijke procedure sucrose toedienen. Zes respondenten laten hierbij de prematuur op een vinger van één van de ouders zuigen. Indien die niet aanwezig zijn, van de verpleegkundige zelf. Vier respondenten betrekken de ouders en bieden begrenzing aan de prematuur. Hierbij bootsen de verpleegkundigen of de ouders de baarmoeder na en maken een soort nestje om de prematuur heen, waardoor de prematuur zich geborgen voelt. Drie keer benoemen de respondenten het kangoeroeën als pijnreducerende interventie.

Eén respondent zegt het volgende over de methoden van pijnreductie:

“Sucrose, laten zuigen en of kangoeroeën bij een ouder” (interview 1).

3.4 Belemmerende factoren

3.4.1 Belemmeringen

De respondenten hebben verschillende barrières en belemmeringen geïdentificeerd.

Drie respondenten geven aan dat tijdgebrek een grote factor is. Daarnaast benoemen vijf respondenten dat de afhankelijkheid en afwezigheid van ouders ook een grote rol speelt. Naast tijdgebrek speelt bij twee respondenten werkdruk ook mee. De overige belemmeringen zijn zeer verschillend. Enkele voorbeelden zijn: “omslachtig”, “extra werk”, “zwakzinnige ouders”, “niet ergonomisch werken” en “betere voorlichting moet gegeven worden”.

Twee respondenten zeggen het volgende over de belemmeringen:

“Als barrière zie ik dan het extra werk wat dat met zich meebrengt ehm... Kijk als ik maar een of twee patiënten zou hebben en dan twee patiënten die echt twee volledig andere voedingstijden zouden hebben he, dan heb ik tijd en ruimte om die extra tijd daaraan te besteden. Maar ik merk vaak in mijn dagelijkse praktijk, dat ik vaak de voedingen heel kort op elkaar heb zitten en ik niet het hele voedingsmoment, verzorgingsmoment op de kamer kan blijven. Dus de grootste belemmering voor mij is dan werkdruk” (interview 3).

“Soms vergeet ik het eigenlijk gewoon of er is geen tijd voor om ze te begeleiden. Of ehm ouders zijn zelf ergens mee bezig of het is druk met visite of de dokters komen langs, dan komt die weer langs en de ouders zijn er soms maar eventjes en dat ze eigenlijk de tijd niet hebben. Kijk een paar minuten is eigenlijk al heel fijn maar vaak vinden ouders dat het dan niet nodig is” (interview 5).

Naast de negatieve factoren om kangoeroezorg niet uit te voeren benoemt één respondent weinig belemmerende factoren te zien. Een andere respondent gaf aan tijd vrij te maken gezien de vele voordelen en ouders te stimuleren tot het uitvoeren van kangoeroezorg. Eén respondent doet de volgende uitspraak:

“Nee, dat zie ik niet als belemmering want je gaat altijd voor het kind ook al met een mannetje minder” (interview 4).

3.4.2 Nadelen aan de uitvoering van kangoeroezorg

Drie van de zeven respondenten geven aan geen nadelen te zien aan het geven van en de uitvoering van kangoeroezorg. Twee respondenten daarentegen, benoemen “rokende ouders” als nadeel van de uitvoering van kangoeroezorg. Andere nadelen die worden genoemd: “onveilige situaties”, “veel bezoek”, “onrustige ouders”, “korte tijdsduur” en “tijdrovend”.

Een respondent geeft het volgende voorbeeld:

“Het enige wat misschien een puntje is dat als heel die kamer vol staat met bezoek en de moeder wil kangoeroeën en ik vind dat niet zo’n goed idee, maar mama wil dat wel per se op dat moment. Dan zie ik dat wel als een belemmerende factor, maar dat is meer omdat het dan heel druk is en je wil die rust pakken tijdens het kangoeroeën omdat het rustgevend is. Maar dan ga je daaraan voorbij. Het is dan te vol in die kamer en iedereen gaat dan aan het kind plukken en dat vind ik minder. Dat kun je dan wel bespreken met ouders. Dat vind ik wel een lastig ding” (interview 4).

3.4.3 Opheffen belemmeringen

Uiteenlopende antwoorden worden gegeven op de vraag wat op de neonatologie afdeling nodig is om de barrières op te heffen en het faciliteren van kangoeroezorg mogelijk te maken. Drie respondenten benoemen dat zij behoefte hebben aan een richtlijn en geven daarbij aan dat deze niet beschikbaar is. Twee respondenten hebben behoefte aan scholing over kangoeroezorg. Hierbij

hoort dat twee respondenten opmerken dat ouders geen eenduidige uitleg krijgen. Overige antwoorden op de vraag zijn wisselend: “minder werkdruk”, “jezelf eigen maken”, “bewustwording creëren”, “spiegels” en “comfortabele stoelen”.

Twee respondenten zeggen het volgende:

“Meer ruimte in alle werkzaamheden die ik uit moet voeren” (interview 3).

“Ik denk iets van een richtlijn waarin alle informatie omtrent kangoeroezorg staat, zodat iedereen die op de afdeling werkt hiervan op de hoogte is en dezelfde informatie aan de ouders geeft” (interview 7).

Naast bovenstaande uitspraken over hoe de barrières op te heffen, geeft één respondent aan dat het lastig is om de inschatting te maken. Tegenwoordig heeft namelijk elke neonat met de ouders een eigen kamer. Hierdoor heeft de verpleegkundige alleen zicht op dat gezin en niet op de andere gezinnen. Daarnaast benoemt een andere respondent dat alle faciliteiten voor de uitvoering van kangoeroezorg aanwezig zijn.

Een respondent zegt het volgende:

“Nee, ik denk dat eh... ouders liggen al alleen, dus dat is niet belemmerend meer. Kijk vroeger lagen ze achter een gordijn, dus ik denk dat alle faciliteiten aanwezig zijn om het te doen. De kamers zijn ruim genoeg, je kan makkelijk om de couv heen om een kind eruit te pakken. Nee nee, er is geen belemmering wat dat betreft” (interview 4).

3.5 Stimulerende factoren

3.5.1 Voordelen kangoeroezorg

Vijf respondenten beantwoorden de vraag naar de voordelen van kangoeroezorg met het bevorderen van de hechting tussen ouder en kind. Daarnaast benoemen de respondenten drie keer dat de parameters stabiliseren. Twee keer wordt aangehaald dat kangoeroezorg een troostend effect heeft, de temperatuur stabiliseert en zorgt voor rust bij de prematuur. Andere voordelen die worden genoemd zijn de volgende: “goede voorbereiding op de borstvoeding”, “geborgenheid”, “bacterie uitwisseling” en “sneller ontslag”. Slechts één respondent benoemt als voordeel van kangoeroezorg bij de prematuur: het ervaren van minder pijn.

De respondenten benoemen het volgende:

“Ja dat ouders een betere band krijgen, dat het kindje vaak rustig wordt door ehm met de ouders de hartslag te voelen, de warmte, de geur te ruiken. Maar ook als het kind bijvoorbeeld koud is, dan is het het beste middel om op te warmen en ja ook om echt wel een stukje pijn of angst als afleiding te bieden. Dat het veel minder erg is” (interview 5).

“Rust, binding tussen moeder en kind en vader en kind. De kinderen worden er rustiger van, ademen vaak beter door. Ik vind het een heel positief iets” (interview 6).

3.5.2 Stimulerende factoren

De stimulerende factoren die nodig zijn komen sterk overeen. Vier respondenten vinden dat een richtlijn voor de afdeling nodig is. Drie van deze respondenten geven aan dat ze scholing noodzakelijk

vinden om alle verpleegkundigen op één lijn te krijgen. Twee respondenten zeggen dat kangoeroezorg meer aandacht moet krijgen. Hierdoor wordt bewustwording van de mogelijkheid, voorwaarden en effecten van deze vorm van zorg gecreëerd.

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten bediscussieerd en worden verbanden gelegd tussen deze resultaten en de literatuur. Daarnaast beschrijft dit hoofdstuk ook de sterke en zwakke kanten van het onderzoek.

4.1 Interpretatie van de resultaten

Uit de antwoorden op de interviewvragen blijkt dat geen sociaal-culturele factoren naar voren komen als belemmering voor het uitvoeren van kangoeroezorg door de respondenten. Dit blijkt ook uit de demografische factoren. Ook hier zijn geen verschillen waargenomen. Terwijl de literatuur zegt dat de sociaal-culturele factoren de belangrijkste belemmering zijn voor de acceptatie van kangoeroezorg door verpleegkundigen (Seidman et al., 2015). De definitie van kangoeroezorg die in het onderzoek wordt gebruikt is "Een pasgeboren baby met enkel een luier aan op de blote borst van één van de ouders, op deze manier wordt de huid van de neonat maximaal blootgesteld aan de warme huid van één van de ouders" (Johnston et al., 2003). Uit de resultaten blijkt dat de meerderheid van de respondenten de definitie van kangoeroezorg associeert met het begrip 'huid op huidcontact' bij beide ouders. Daarnaast geven alle zeven respondenten aan dat zij zelf vinden voldoende kennis van het begrip te hebben en dat zij zich bekwaam voelen tot veilige uitvoering hiervan. Uit de literatuur blijkt iets anders, namelijk een kennisgebrek onder de verpleegkundigen (Campbell-Yeo et al., 2015; Smith et al., 2017).

Wanneer het gaat om de algemene toepassing van kangoeroezorg, blijkt dat vier respondenten het met regelmaat doen. Daarentegen wordt kangoeroezorg zeer weinig gebruikt als pijnreducerende interventie. Zoals hierboven is beschreven, blijkt uit de studies van Campbell-Yeo et al. (2015) en Smith et al. (2017) een kennisgebrek onder de verpleegkundigen. Kennisgebrek is een belangrijke factor voor het niet uitvoeren van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie. Daarnaast blijkt ook, net zoals de literatuur beschrijft, dat de kennis bij de respondenten over de meest effectieve methode om pijn bij de prematuur te reduceren onvoldoende is (De Sousa Freire, Garcia, & Lamy, 2008). Geen enkele respondent kon de pijnreducerende factor als voordeel van kangoeroezorg benoemen. Ook benoemen de respondenten dat het met regelmaat wordt vergeten vanwege tijdsdruk of afwezigheid van ouders. Dit wordt bevestigd door vier respondenten en de literatuur (Campbell-Yeo et al., 2015; Smith et al., 2017).

Uit de interviews blijkt ook dat alle zeven respondenten vinden dat zij de pijn bij een prematuur goed weten te herkennen en interpreteren. Waarbij de respondenten zeggen dit te doen door klinische observatie en het interpreteren van de vitale functies. Een ander aandachtspunt van het hierboven beschreven kennistekort onder verpleegkundigen, is dat de respondenten niet op de hoogte zijn van de gevolgen van deze herhaalde pijnlijke prikkels.

Rokende ouders, tijdrovend, onveilige situaties in verband met instabiele prematuren en veel bezoek worden genoemd als belemmeringen. Daarbij geven de respondenten ook aan dat tijdgebrek en afwezigheid van ouders een belemmering is om kangoeroezorg op een juiste wijze uit te voeren. Naast de hierboven genoemde belemmeringen om het niet te doen, benoemen twee respondenten weinig belemmerende factoren te zien en hiervoor tijd vrij te maken. De antwoorden op de vraag wat nodig is om de hierboven genoemde belemmeringen op te heffen en kangoeroezorg te stimuleren, zijn niet eenduidig. Genoemd worden de behoefte aan scholing en een richtlijn evenals

het geven van eenduidige, heldere uitleg door verpleegkundigen aan ouders. De studie van Seidman et al. (2015) bevestigt dit. Daarin worden onvoldoende ervaring met het faciliteren van kangoeroezorg bij een instabiele prematuur, toenemende werkdruk en gebrek aan duidelijke richtlijnen genoemd als barrières. Ook blijkt uit de literatuur dat scholing noodzakelijk is om verpleegkundigen op te leiden in de kennis en vaardigheden die nodig zijn om kangoeroezorg op een goede wijze uit te voeren (Campbell-Yeo et al., 2015; Seidman et al., (2015). Daarnaast beschrijft de literatuur dat ouders onvoldoende uitleg krijgen over de voordelen die kangoeroezorg met zich meebrengt en hoe het op een veilige wijze uitgevoerd kan worden (Smith et al., 2017).

4.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Het uitgevoerde onderzoek heeft meerdere sterke punten. Als een van de eerste vragen is het begrip 'kangoeroezorg' met de respondenten doorgenomen. Ondanks dat de respondenten wisselende antwoorden hebben gegeven, is na het bespreken van de definitie die gebruikt wordt in het onderzoek, begripsvaliditeit gewaarborgd. De betrouwbaarheid van het onderzoek is verhoogd door de toepassing van standaardisering: alle verkregen data is op dezelfde wijze geanalyseerd en weergegeven. Een peer feedback is gedaan en een logboek is bijgehouden. Hierin zijn veranderingen, leerpunten en wijzingen in genoteerd voor het leerproces van de onderzoeker. Op voorhand is het interview beoordeeld door medestudenten. Toevallige fouten zijn daardoor zeer waarschijnlijk tijdig opgemerkt en aangepast. Daarnaast is de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd door het opnemen van de interviews. De opnames hebben gezorgd dat geen informatie verloren is gegaan en foute interpretatie ook hierdoor zoveel mogelijk is vermeden. Door het afnemen van zeven semigestructureerde interviews is datasaturatie bereikt, wat de validiteit van het onderzoek verhoogd (Verhoeven, 2014). De sociaal wenselijke antwoorden zijn vermeden door het interview te laten plaatsvinden in tweegesprek, op de neonatologie afdeling in een afgesloten kantoor en anonimiteit te verzekeren. Daarnaast zijn de respondenten op de hoogte gesteld van de anonieme verwerking van de gegevens. Voorafgaand aan de interviews is een pilot interview gehouden met een medestudent. De hierboven beschreven punten dragen allen bij aan een betrouwbaar en valide onderzoek.

Naast de sterke punten, heeft het onderzoek ook een aantal intrinsieke beperkingen. Zo is gebruik gemaakt van een aselechte steekproef. Alle kinder- en neonatologieverpleegkundigen van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg zijn door middel van een e-mail uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Hierop konden de verpleegkundigen zichzelf via e-mail aanmelden bij de onderzoeker. Wat k n betekenen dat de verpleegkundigen die zichzelf hebben aangemeld allen al een zekere affiniteit met kangoeroezorg hadden. Hierdoor is geen objectief beeld verkregen wat de validiteit van het onderzoek verlaagd. Daarnaast zijn de resultaten subjectief vanwege de eigen interpretatie van de onderzoeker van het kwalitatieve materiaal. Het pilot interview is gehouden met medestudenten in plaats van met afgestudeerde kinder- of neonatologieverpleegkundigen, wat mogelijk de betrouwbaarheid van het onderzoek verlaagt (Verhoeven, 2014).

5. Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de conclusie van het onderzoek. Tot slot worden aanbevelingen beschreven voor de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. Evenals een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusies

Het doel van dit onderzoek is om voor 18 maart 2019 inzicht te verkrijgen in wat door de verpleegkundigen op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, als belemmerende en bevorderende factoren worden gezien om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie om te zetten van 'een interventie op eigen initiatief' naar 'een op de afdeling gestandaardiseerde interventie'.

5.1.1 Deelvraag 1

Welke bevorderende en belemmerende factoren worden gezien door de verpleegkundigen bij de toepassing van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie?

Uit het onderzoek blijkt dat de respondenten verschillende belemmeringen zien bij de toepassing van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie. Allereerst wordt meerdere keren tijdgebrek als belemmerende factor genoemd. Daarbij benoemen de respondenten dat zij veel werkdruk ervaren en het kangoeroeën daarbij zien als 'extra werk'. Deze hierboven beschreven belemmeringen zorgen ervoor dat de respondenten tijd te kort komen om de ouders voldoende te informeren. Daarnaast blijkt de informatie die de respondenten aan ouders geven niet eenduidig te zijn. Deze informatie is nodig om kangoeroezorg zelf op een veilige wijze uit te voeren en toezicht te houden op de uitvoering hiervan. Ook blijkt dat de respondenten het uitvoeren van een invasieve procedure tijdens kangoeroezorg als omslachtig en als niet-ergonomisch werken ervaren.

Een andere factor die een rol speelt zijn de ouders. Daarbij komen de afwezigheid van ouders, rokende ouders en zwakzinnige ouders als negatieve factoren naar voren. Deze factoren maken het soms onmogelijk om te kangoeroeën of dragen bij aan een onveilige uitvoering van hiervan. Tot slot blijkt dat de respondenten ondanks zij zelf vinden voldoende kennis van begrip te hebben, kennistekort komen over het pijnreducerende effect van kangoeroezorg. Hierdoor wordt deze vorm van zorg zeer weinig gebruikt als pijnreducerende interventie.

Naast de belemmerende factoren blijkt uit dit onderzoek ook, dat de respondenten een aantal bevorderende factoren zien om de interventie toe te passen. Ten eerste geven de respondenten aan dat elke neonaat tegenwoordig met de ouders op de neonatologie afdeling een eigen kamer heeft. Hierdoor wordt de privacy gewaarborgd. Ten tweede blijkt dat alle faciliteiten aanwezig zijn om kangoeroezorg uit te voeren.

5.1.2 Deelvraag 2

Welke verwachtingen zijn er bij de verpleegkundigen om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie om te zetten van een interventie op eigen initiatief naar een interventie die wordt gestandaardiseerd op de afdeling?

De antwoorden uit de interviews tonen aan dat de respondenten zich momenteel niet bewust zijn van het pijnreducerende effect van kangoeroezorg. Hierdoor passen de respondenten het weinig

toe. Daarnaast wordt gezegd dat de verpleegkundigen, maar ook ouders bewuster moeten worden van de voordelen van kangoeroezorg. De respondenten zien zichzelf na het creëren van deze bewustwording de interventie wél toepassen. Een andere factor die de respondenten stimuleren om de interventie in de toekomst te standaardiseren, is de ontwikkeling van een richtlijn. Deze richtlijn beschrijft de uitvoering van de pijnreducerende interventie bij stabiele en instabiele prematuren. Ook het bijwonen van scholing over kangoeroezorg wordt genoemd. Mede hierdoor worden de belemmerende factoren opgeheven die gaan over kennis tekort, bewustwording en de wisselende informatie die ouders krijgen.

5.1.3 Hoofdvraag

Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij de verpleegkundigen, op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie, om te zetten van 'een interventie op eigen initiatief' naar 'een op de afdeling gestandaardiseerde interventie'?

De respondenten die werkzaam zijn op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis, ervaren verschillende belemmerende factoren om de pijnreducerende interventie kangoeroezorg succesvol te standaardiseren op de afdeling. De factoren tijdgebrek, werkdruk, afwezigheid van ouders en de niet eenduidige informatie die ouders van de verpleegkundigen krijgen spelen hierin de grootste rol. Daarnaast blijkt ook dat de meerderheid van de respondenten niet op de hoogte zijn van de pijnreducerende factor die kangoeroezorg heeft, waardoor deze interventie zeer weinig wordt toegepast. Naast de belemmerende factoren kwamen ook bevorderende factoren naar voren. Ten eerste is genoemd dat elke neonaat tegenwoordig met de ouders op de neonatologie afdeling een eigen kamer heeft, waardoor de privacy is gewaarborgd. Ten tweede blijken alle faciliteiten op de afdeling aanwezig te zijn om kangoeroezorg uit te voeren.

5.2 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten en conclusie van het uitgevoerde onderzoek over het omzetten van de 'interventie op eigen initiatief' naar 'een op de afdeling gestandaardiseerde interventie'. Ook beschrijft dit hoofdstuk een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

5.2.1 Aanbevelingen aan de organisatie

Om de belemmerende factoren op te heffen en de pijnreducerende interventie op de afdeling te standaardiseren, zijn een aantal zaken nodig. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de kinder- en neonatologieverpleegkundigen behoefte hebben aan een richtlijn. Deze richtlijn moet beschrijven hoe de kangoeroezorg op een veilige wijze wordt uitgevoerd bij zowel stabiele als instabiele prematuren. Daarnaast dient in deze richtlijn ook informatie te staan over de voordelen van kangoeroezorg als pijnreducerende factor. Zoals eerder is beschreven, op basis van de voordelen die de literatuur beschrijft over kangoeroezorg en de afwezigheid van een richtlijn op de neonatologie afdeling, is het ontwikkelen van deze richtlijn wenselijk.

Nadat deze richtlijn is ontwikkeld en goedgekeurd door de leidinggevenden en de kinderartsen, wordt deze richtlijn opgenomen in het kwaliteitsbeleid van de afdeling. Het opnemen van de richtlijn

in het kwaliteitsbeleid draagt bij aan de visie van de afdeling, namelijk 'Family Centered and Integrated Care'. De verpleegkundigen werkzaam op de neonatologie afdeling worden op de hoogte gesteld van deze ontwikkeling. Alle verpleegkundigen streven naar het naleven van het kwaliteitsbeleid van de afdeling. Nadat deze richtlijn kenbaar is gemaakt en de verpleegkundigen hiervan op de hoogte zijn wordt een scholing georganiseerd om bewustwording te creëren. Het creëren van bewustwording draagt bij aan het geven van eenduidige informatie aan de ouders, de verrijking van kennis onder de verpleegkundigen en het standaardiseren van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie.

5.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het onderzoek is gericht op de kinder- en neonatologieverpleegkundigen van de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. Aangezien de neonatologie afdelingen in Nederland mogelijk andere visies of afdelingsplannen hebben, wordt aanbevolen vervolgonderzoek te verrichten binnen alle neonatologie afdelingen in Nederland. Dit zou betekenen dat een grotere steekproef populatie wellicht leidt tot andere onderzoeksresultaten. Hiermee wordt aanbevolen een grotere onderzoekspopulatie te betrekken in vervolgonderzoek. Daarnaast leidt het doen van onderzoek tot bewustwording. Het creëren van deze bewustwording is nodig om de belemmeringen, die voortkomen uit het doen van onderzoek, op te heffen. Het opheffen van deze belemmeringen zorgt voor standaardisering van kangoeroezorg op de neonatologie afdelingen in Nederland.

Bibliografie

- Aleisha Fetters, K., & McGinnis, T. B. (2018). Kangaroo Care: The benefits of Skin-to-Skin Contact [Foto]. Geraadpleegd op 2 november 2018, van <https://www.parents.com/baby/care/newborn/kangaroo-care-the-importance-of-a-parents-touch/>
- Baarda, D., De Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Wolters-Noordhoff.
- Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen. (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige [pdf]. Geraadpleegd op 2 november 2018, van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., & Johnston, C. (2015). Understanding kangaroo care and its benefits to preterm infants. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 15–32. <https://doi.org/10.2147/phmt.s51869>
- De Sousa Freire, N. B., Garcia, J. B. S., & Lamy, Z. C. (2008). Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain*, 139(1), 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.031>
- De Staat van Volksgezondheid en Zorg. (2018). *Geboorten*. Geraadpleegd van <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/geboorten>
- Dezhdar, S., Jahanpour, F., Firouz Bakht, S., & Ostovar, A. (2016). The Effects of Kangaroo Mother Care and Swaddling on Venipuncture Pain in Premature Neonates: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(4). <https://doi.org/10.5812/ircmj.29649>
- Fam. (z.d.). Fam, geboortezorg en kindergeneeskunde. Geraadpleegd op 25 april 2019, van <https://www.etz.nl/centra/fam>
- Franck, L. S., Scurr, K., & Couture, S. (2001). Parent views of infant pain and pain management in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(2), 106–113. <https://doi.org/10.1053/nbin.2001.24429>
- Gao, H., Xu, G., Gao, H., Dong, R., Fu, H., Wang, D., . . . Zhang, H. (2015). Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.006>
- International Association for the Study of Pain. (2017, 14 december). IASP Terminology. Geraadpleegd op 2 november 2018, van <https://www.iasp-pain.org/443/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., . . . Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, . <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008435.pub3>
- Johnston, C. C., Stevens, B., Pinelli, J., Gibbins, S., Filion, F., Jack, A., . . . Veilleux, A. (2003). Kangaroo Care Is Effective in Diminishing Pain Response in Preterm Neonates. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(11), 1084. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.11.1084>
- Nimbalkar, S. M., Chaudhary, N. S., Gadhavi, K. V., & Phatak, A. (2012). Kangaroo Mother Care in Reducing Pain in Preterm Neonates on Heel Prick. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(1), 6–10. <https://doi.org/10.1007/s12098-012-0760-6>

- Perined. (2016). Aantal opnames en heropnames van kinderen met IC-behoefte per NICU ingedeeld naar herkomst in 2015 [Illustratie]. Geraadpleegd op 17 november 2018, van <https://assets.perined.nl/docs/980021f9-6364-4dc1-9147-d976d6f4af8c.pdf>
- Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns-Smith, S., Mulligan, B., & Engmann, C. (2015). Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125643>
- Smith, E. R., Bergelson, I., Constantian, S., Valsangkar, B., & Chan, G. J. (2017). Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives. *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0769-5>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (5e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Bijlage 1 – Zoekplan

Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van een zoekplan. In het zoekplan staan de zoekvragen, de zoekwoorden en de zoekstrategie beschreven.

Zoekvragen

- Wat is kangoeroezorg?
- Hoeveel prematuren worden jaarlijks geboren op internationaal en nationaal niveau?
- Welke ervaring hebben kinder- en neonatologieverpleegkundigen met kangoeroezorg?
- Wanneer passen de kinder- en neonatologieverpleegkundigen kangoeroezorg toe?
- Zijn de kinder- en neonatologieverpleegkundigen bekend met de voordelen van kangoeroezorg?
- Zien de kinder- en neonatologieverpleegkundigen belemmeringen voor de toepassing van kangoeroezorg?
- Vanaf welk moment (leeftijd, gewicht) wordt kangoeroezorg op de afdeling toegepast?
- Herkennen de kinder- en neonatologieverpleegkundigen pijn bij een prematuur?
- Welke interventie wordt toegepast tijdens een invasieve pijnlijke procedure?

Zoekwoorden

De zoekwoorden werden opgesteld aan de hand van bovenstaande zoekvragen. De twee zoeksleutels met sleutelwoorden en booleaanse operatoren zijn hieronder in Tabel 2 weergegeven.

Tabel 2: Zoeksleutels

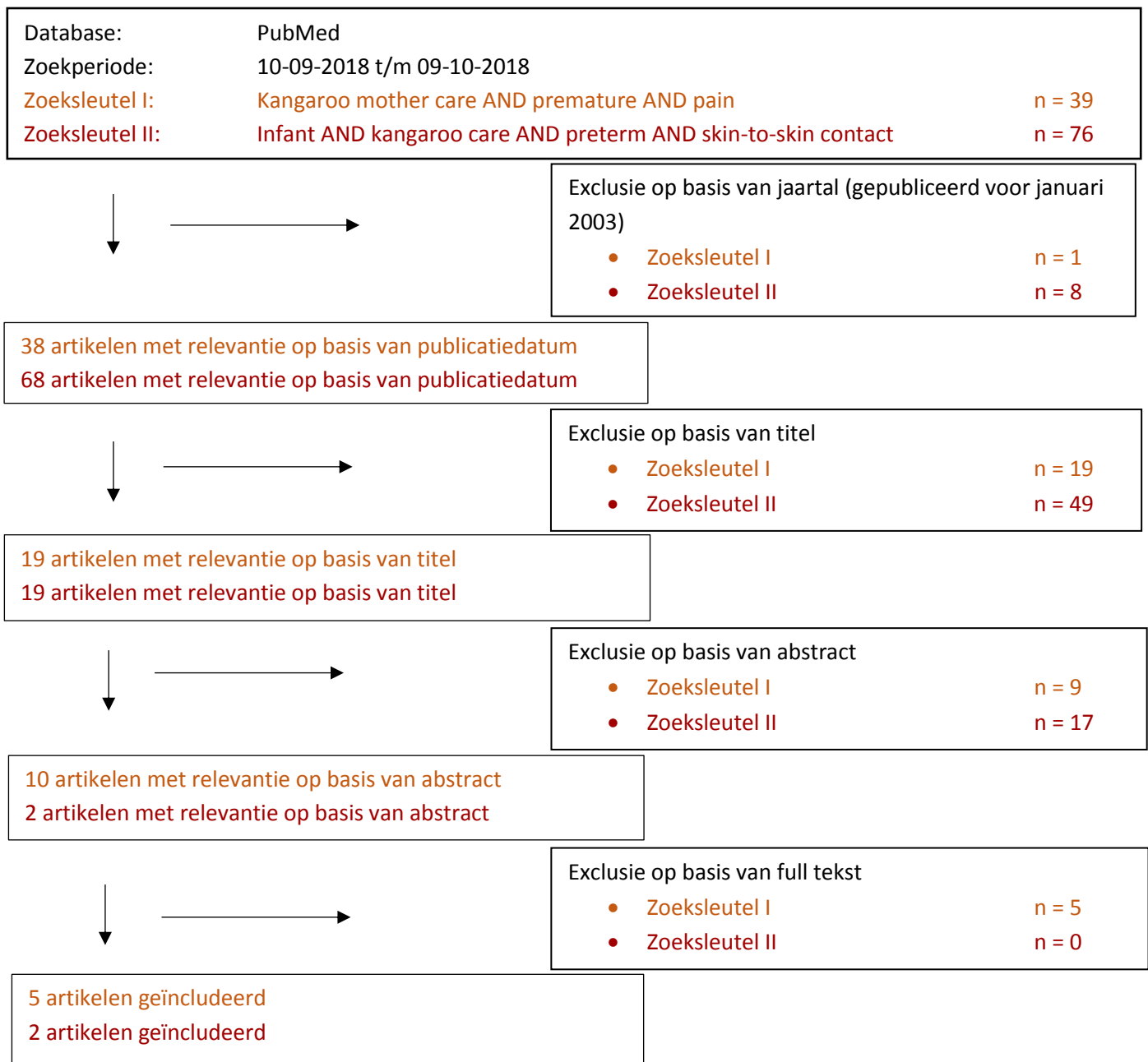
	Nederlands	Engels
Zoeksleutel I	Kangoeroezorg AND prematuur AND pijn	Kangaroo mother care AND premature AND pain
Zoeksleutel II	Zuigeling AND kangoeroezorg AND prematuur AND huid op huidcontact	Infant AND kangaroo care AND preterm AND skin-to-skin contact

Zoekstrategie

De artikelen werden gezocht in de databank PubMed. Deze zoekopdracht werd uitgevoerd vanaf 10 september 2018 tot en met 9 oktober 2018 en is hieronder weergegeven in de vorm van een zoekboom. Om tot de geïncludeerde artikelen te komen werden er inclusiecriteria opgesteld:

Inclusiecriteria

- Artikelen geschreven in de Nederlandse of Engelse taal
- Publicatiedatum: gepubliceerd vanaf januari 2003
- Beschikbaarheid van full tekst



Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., & Johnston, C. (2015). Understanding kangaroo care and its benefits to preterm infants. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 15–32. <https://doi.org/10.2147/phmt.s51869>

Dezhdar, S., Jahanpour, F., Firouz Bakht, S., & Ostovar, A. (2016). The Effects of Kangaroo Mother Care and Swaddling on Venipuncture Pain in Premature Neonates: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(4). <https://doi.org/10.5812/ircmj.29649>

Gao, H., Xu, G., Gao, H., Dong, R., Fu, H., Wang, D., . . . Zhang, H. (2015). Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.006>

Johnston, C. C., Stevens, B., Pinelli, J., Gibbins, S., Fillion, F., Jack, A., . . . Veilleux, A. (2003). Kangaroo Care Is Effective in Diminishing Pain Response in Preterm Neonates. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(11), 1084–1088. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.11.1084>

- Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., . . . Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, .
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd008435.pub3>
- Nimbalkar, S. M., Chaudhary, N. S., Gadhavi, K. V., & Phatak, A. (2013). Kangaroo Mother Care in Reducing Pain in Preterm Neonates on Heel Prick. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(1), 6–10.
<https://doi.org/10.1007/s12098-012-0760-6>
- Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns-Smith, S., Mulligan, B., & Engmann, C. (2015). Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 10(5).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125643>

Figuur 1: Zoekboom

Bijlage 2 – Operationaliseringsschema

In Tabel 3 is het operationaliseringsschema weergegeven. De topics en de voorbeeldvragen die zijn weergegeven zijn gekoppeld aan de twee deelvragen om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag. De deelvragen zijn hieronder weergegeven:

1. Welke bevorderende en belemmerende factoren worden gezien door de verpleegkundigen bij de toepassing van kangoeroezorg als pijnreducerende interventie?
2. Welke verwachtingen zijn er bij de verpleegkundigen om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie om te zetten van een interventie op eigen initiatief naar een interventie die wordt gestandaardiseerd op de afdeling?

Tabel 3: Operationaliseringsschema

Topics	Deelvraag	Voorbeeldvragen	Bron
A. Demografische factoren	1	• Wat is uw geslacht?	(Seidman et al., 2015)
	-	• Wat is uw leeftijd? (in jaren)	
	-	• Hoe lang bent u werkzaam binnen deze neonatale verpleegeenheid? (in jaren)	
	-	• Voor hoeveel uur heeft u een contract op deze neonatale verpleegeenheid? (in uren)	
	-	• Wat is uw hoogst behaalde opleiding?	
	-	• Bent u een kinder- of neonatologieverpleegkundige?	
	1	• Wat is uw land van herkomst?	
A. Het interview zal starten met de bevraging van enkele basisgegevens, het topic demografische factoren. Het zijn algemene vragen die de kenmerken en achtergrond van de respondenten weergeven. De vragenlijsten worden anoniem afgenomen. Daarnaast is het belangrijk om enkele basisinformatie over de respondent te hebben, daarnaast controleren deze vragen nogmaals of de respondenten voldoen aan de inclusiecriteria. Ook wordt hier het geslacht en het land van herkomst van de respondent gevraagd omdat uit onderzoek blijkt dat sociaal-culturele factoren als belemmering worden gezien voor de toepassing van kangoeroezorg (Seidman et al., 2015). Dit topic sluit aan op de eerste deelvraag.			
B. Kangoeroezorg	1	• Was u voorafgaand aan dit onderzoek bekend met de term kangoeroezorg?	(Campbell-Yeo et al., 2015)
	1	• Wat is volgens u de definitie van kangoeroezorg?	(Seidman et al., 2015)
	1	• Wat is uw ervaring met kangoeroezorg?	
	1	• Past u kangoeroezorg op de afdeling toe? Zo ja: in welke frequentie? Zo nee: waarom niet?	
	1	• In welke situaties en/of met welk doel past u kangoeroezorg toe?	
	2	• Met de kennis die u momenteel hebt, schat u uzelf op dit moment in als een bekwaam professional om een inschatting te maken vanaf wanneer kangoeroezorg op een veilig manier toegepast kan worden? Waarop baseert u deze inschatting?	

B. Uit onderzoek van Campbell-Yeo et al. (2015) en Seidman et al. (2015) blijkt dat bij het verplegend personeel onvoldoende kennis is en daardoor een angstcultuur heerst over de veilige toepassing van kangoeroezorg. Een frequent beschreven barrière door verpleegkundigen is dan ook of kangoeroezorg op een veilige manier gefaciliteerd kan worden wanneer de premature neonaat instabiel is. De vragen behorende bij dit topic zijn dan ook gesteld om inzicht te verkrijgen in de kennis die het verplegend personeel op de neonatologie afdeling heeft. De antwoorden op de vragen die geformuleerd worden rondom dit topic dragen bij aan het beantwoorden van de twee deelvragen.

C. Pijn	1	Herkent u wanneer een prematuur geboren neonaat pijn ervaart? Zo ja: hoe herkent u dit? Zo nee: hoe komt het dat u dit niet herkent?	(Dezhdar et al., 2016)
	1	Hoe interpreteert u de pijn die een prematuur geboren neonaat ervaart?	(Johnston et al., 2017)
	1	Kunt u mij vertellen wat u weet over de gevolgen voor een prematuur geboren neonaat van herhaalde pijnlijke procedures?	
	1, 2	Welke interventies past u toe om de pijn tijdens een pijnlijke procedure bij een prematuur geboren neonaat te voorkomen?	
	1, 2	Heeft u voorafgaand aan dit onderzoek kangoeroezorg als pijnreducerende interventie toegepast bij een prematuur die een invasieve procedure moest ondergaan? Zo ja: in welke frequentie? Zo nee: waarom niet?	

C. Omdat uit onderzoek blijkt dat herhaalde pijnlijke procedures bij prematuur geboren neonaten negatieve consequenties hebben en de neonatale pijndrempel 30 tot 50% lager is dan bij volwassenen is het van belang om de pijn tijdig te herkennen en te voorkomen (Gao et al., 2015; Dezhdar et al., 2016). De antwoorden die door middel van het bespreken van dit topic verkregen worden, dragen bij aan het beantwoorden van de twee deelvragen.

D. Belemmerende factoren	1	Wat zijn voor u barrières/belemmeringen bij de toepassing van kangoeroezorg op de afdeling?	(Campbell-Yeo et al., 2015)
	1	Welke nadelen ziet u aan het geven van kangoeroezorg?	(Seidman et al., 2015)
	2	Wat is op de afdeling nodig om deze barrières op te heffen en het faciliteren van kangoeroezorg mogelijk te maken?	

D. Campbell-Yeo et al. (2015) en Seidman et al. (2015) schrijven dat het verplegend personeel tegen verschillende barrières aan lopen om kangoeroezorg succesvol toe te passen en te implementeren. Hierbij staan het hebben van onvoldoende en onervaren personeel, gebrek aan tijd door verhoogde werklust en het hebben van onvoldoende kennis hoog op de lijst. Om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie succesvol op de afdeling te kunnen implementeren is het belangrijk om te achterhalen tegen welke barrières het verplegend personeel aanloopt en wat zij graag anders zouden zien om het wel mogelijk te maken. De antwoorden die verkregen worden door middel van het bespreken van dit topic geven antwoord op de twee deelvragen.

E. Stimulerende factoren	1 1, 2	• Welke voordelen ziet u bij het geven van kangoeroezorg? • Wat is volgens u nodig om de toepassing van kangoeroezorg op de afdeling te stimuleren?	(Campbell-Yeo et al., 2015)
E. Door het opheffen van de belemmerende factoren die door het verplegend personeel worden gezien ontstaat ruimte voor het verkrijgen van inzicht voor de stimulerende factoren die het mogelijk maken om kangoeroezorg als een pijnreducerende interventie om te zetten van een interventie op eigen initiatief naar een interventie die wordt gestandaardiseerd op de afdeling. Het geven van kangoeroezorg heeft naast dat het een pijnreducerende factor is nog vele bijkomende voordelen voor de prematuur geboren neonaat, zoals onder andere het behoud van een goede lichaamstemperatuur en het verbetert de hechting tussen ouder en kind (Campbell-Yeo et al., 2015). Ook blijkt dat de verhoging van de kennis van het verplegend personeel een stimulerende factor is. Campbell-Yeo et al. (2015) beschrijven namelijk dat de kinder- en neonatologieverpleegkundigen zich door scholing competentier voelen bij de toepassing van kangoeroezorg. Dit topic sluit aan op de twee deelvragen.			

Bijlage 3 – Informed consent

Tilburg, 20 november 2018

Beste deelnemer,

Hartelijk dank voor uw interesse en deelname aan dit onderzoek naar wat de belemmerende en bevorderende factoren bij de verpleegkundigen op de neonatologie afdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg zijn om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie om te zetten van een interventie op eigen initiatief naar een interventie die wordt gestandaardiseerd op de afdeling.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen of kangoeroezorg als pijnreducerende interventie kan worden geïmplementeerd binnen de neonatale eenheid.

Ik wil dit graag onderzoeken door u een aantal vragen te stellen in de vorm van een interview die maximaal 30 minuten van uw tijd in beslag zal nemen. De interviews zullen plaatsvinden in de periode van 7 januari 2019 tot en met 20 januari 2019. Hierbij verwacht ik dat u de vragen naar waarheid zal beantwoorden.

Voor aanvang van het interview wil ik u erop wijzen dat toestemming is verkregen van de leidinggevende van de neonatologie afdeling, deelname geheel vrijwillig is en u zich op elk moment kan terugtrekken van deelname. U bent niet verplicht de interventie daadwerkelijk te implementeren op de neonatologie afdeling.

Alle bekomen gegevens blijven vertrouwelijk en zullen niet ter beschikking worden gesteld aan derden zonder uw toestemming.

Mocht u verdere vragen hebben omtrent het onderzoek of deelname aan het onderzoek dan kunt u terecht bij de verantwoordelijke van dit onderzoek: Femke Willemen. U kunt mij bereiken middels volgend e-mailadres: f.willemen@etz.nl

Ik heb de bovenstaande gegevens gelezen, begrepen en door hier te tekenen ga ik akkoord met de voorwaarden.

Datum en plaats:

Handtekening:

Bijlage 4 – Schriftelijk toestemmingsformulier praktijkgericht onderzoek

Bijlage 3 Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Om het onderzoeksvoorstel (fase 1B) als opleiding goed te keuren dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in de fase 1B.

Door dit formulier te ondertekenen wordt er toestemming gegeven aan Femke Willemen (naam student invullen) om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de benoemde organisatie of instelling zoals beschreven in het onderzoeksvoorstel van fase 1B.

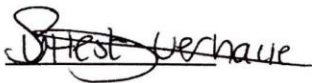
Naam organisatie of instelling : Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis
Naam begeleider/contactpersoon : Suzanne U Hest - Verhave
Functie begeleider/contactpersoon : Team Leidinggevende
Adres : Milvarenbeekseweg 60
Postcode en Plaats : 5022 GC te Tilburg
E-mail begeleider/contactpersoon : s.verhave@etz.nl

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum
15-10-2018

Plaats
Tilburg

Handtekening



Bijlage 5 – Tijdsplanning onderzoek

Voor de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van een tijdsplanning. De originele tijdsplanning is weergegeven in Tabel 4. De aangepaste tijdsplanning is weergegeven in Tabel 5.

Tabel 4: Originele tijdsplanning

Uitvoering	Periode
Uitvoeren en verwerken van de interviews	17-12-2018 t/m 20-01-2019
Analyseren van de interviews	21-01-2019 t/m 10-02-2019
Schrijven van de resultaten	11-02-2019 t/m 24-02-2019
Schrijven van discussie en conclusie	25-02-2019 t/m 10-03-2019
Inlevermoment onderzoeksverslag	18-03-2019
Vorbereiding presentatie onderzoeksverslag	25-03-2019 t/m 11-04-2019
Presentatie onderzoeksverslag	12-04-2019

Tabel 5: Aangepaste tijdsplanning

Uitvoering	Periode
Uitvoeren en verwerken van de interviews	17-12-2018 t/m 20-01-2019
Analyseren van de interviews	21-01-2019 t/m 10-02-2019
Schrijven van de resultaten	11-02-2019 t/m 24-02-2019
Schrijven van discussie en conclusie	25-02-2019 t/m 10-03-2019
Inlevermoment onderzoeksverslag	18-03-2019
Herschrijven onderzoeksverslag	30-03-2019 t/m 17-05-2019
Tweede inlevermoment onderzoeksverslag	24-05-2019
Vorbereiding presentatie onderzoeksverslag	31-05-2019 t/m 20-06-2019
Presentatie onderzoeksverslag	21-06-2019

Bijlage 6 – Transcript interview

De transcripten van alle zeven interviews zijn terug te vinden in het logboek.

Interview 4 09-01-2019 | 15.20 minuten

Onderzoeker: Naast dat ik hier natuurlijk werk en ben afgestudeerd als verloskundige ben ik nu natuurlijk bezig met mijn laatste jaar van mijn opleiding verpleegkunde.

Respondent: Oké.

Onderzoeker: En naast dat ik hier vorig jaar een scriptie over heb geschreven ga ik dit jaar verder en doe ik het eigenlijk over wat jullie als verpleegkundigen als belemmerende en bevorderende factoren zien ehm om kangoeroezorg als pijnreducerende interventie toe te passen. Want heel veel van jullie doen het nu al wel eens op eigen initiatief maar ik wil kijken of dit omgezet kan worden in een standaard beleid.

Respondent: Oké, ja.

Onderzoeker: De eerste vraag is eigenlijk: kun jij mij al iets vertellen over kangoeroezorg? Wat weet jij daar al van?

Respondent: Oh god, wat weet ik daar al van. Ehm volgens mij is dat heel breed he, je hebt buidelen bij prematuren of bij zieke kinderen. Het liefst twee uur lang, korter mag ook maar minimaal wel twee uur. Dat weet ik en ook dat het goed is voor de kinderen omdat de basisfrequentie van het hart daalt, de ademhaling stabiliseert, de temperatuur stabiliseert dus het is voor alle parameters super goed. En ehm het werkt ook troostend bij kinderen als kinderen pijn hebben of overstuurd zijn dus daar is het ook heel goed voor en voor de hechting met papa en mama he, het kan alle twee he.

Onderzoeker: Helemaal goed, dankjewel haha. Dan ga ik je nu een paar standaardvragen stellen en dat is puur omdat is aangetoond dat een aantal belemmerende factoren of bepaalde barrières vaker worden gezien bij bepaalde sociaal-culturele factoren.

Respondent: Oké.

Onderzoeker: Wat is jouw geslacht?

Respondent: Vrouwelijk, haha.

Onderzoeker: Wat is jouw leeftijd?

Respondent: Haha, 45.

Onderzoeker: Waarom moeten jullie allemaal lachen als ik dat vraag?

Respondent: Haha, ik ben benieuwd of dat er mee te maken heeft. Zo'n vastgeroeste verpleegkundige zeker haha, nee hoor.

Onderzoeker: Haha en hoe lang ben jij al werkzaam binnen de neonatologie?

Respondent: Ik ben officieel nog maar twee jaar neonatologieverpleegkundige maar ik werk al heel lang samen met de neonatologie en dat is al... ik denk al 20 jaar.

Onderzoeker: Jij bent dus neonatologieverpleegkundige?

Respondent: Ja, dat klopt.

Onderzoeker: Oké, dat is al een hele poos.

Respondent: Ja inderdaad.

Onderzoeker: En hoeveel uur werk jij per week?

Respondent: Ehm, 28 uur.

Onderzoeker: Goed. En jouw hoogst behaalde opleiding?

Respondent: De HCN (high care neonatologie).

Onderzoeker: Oké, prima. En jouw nationaliteit? Jij komt gewoon hier van Nederland?

Respondent: Ja Nederland ja.

Onderzoeker: Oké, super. Dan heb ik dat in ieder geval al op een rijtje. Voorafgaand aan dit onderzoek was jij dan ook bekend met de term kangoeroezorg.

Respondent: Ja.

Onderzoeker: En wat is volgens jou de definitie van kangoeroezorg? Kun jij mij die geven?

Respondent: Kangoeroezorg, oh. Ehm huid op huid bij papa of mama, vaker bij mama natuurlijk waarbij er hechting plaatsvindt tussen ouder en kind en ehm parameters stabiliseren.

Onderzoeker: Oké, dat is een mooie definitie. Daar zit vrijwel alles in.

Respondent: Ja, zo zou ik het zeggen.

Onderzoeker: En jouw ervaring met kangoeroezorg, kun jij mij daar iets over vertellen?

Respondent: Oh ja, ik vind dat echt geweldig. Ja vooral als kindjes enigszins maar stabiel zijn aan bijvoorbeeld een CPAP of weet ik veel, dat doet ze zo goed, daar knappen ze zo van op. Ik had laatst nog een kindje dat lag al anderhalve dag aan de CPAP en dat knapte maar niet op. Dat kindje had ook nog niet bij mama gelegen en 's middags was ze redelijk stabiel na paracetamol en toen heb ik ze bij mama gelegd en daarna is het alleen maar beter gegaan dus ja dat is heel fijn. En ehm ja, ouders hebben ook meer binding met hun kind. Anders ligt daar maar zo'n kind en dan denken ze: ja het is van mij maar ze voelen die binding dan niet. En dat is wel iets waarvan ik denk: oeh daar moet je wel voor oppassen en het is heel belangrijk voor ouders om hun kind te voelen en te ruiken en bij zich te hebben en als dat dan de eerste tijd niet kan dan komt daar toch een afstand denk ik en dat is niet goed, dat moet je voorkomen.

Onderzoeker: Ja dat is ook zo, goed. En hoe vaak pas jij kangoeroezorg toe? Is dat dagelijks?

Respondent: Ja dagelijks. Als het toelaat in de zorg he, als je een kindje hebt wat maar een of twee keer uit de couv mag en het is al gedaan dan houdt het op he, dan kan ik het niet doen. Maar als het kind stabiel is en het laat het toe, oh dat mag het van mij wel twee keer in de dienst als ze dat willen. Al kangoeroeën ze heel de dag, mag ook van mij.

Onderzoeker: Oké, en ehm in wat voor situaties en met wat voor doel pas jij het toe?

Respondent: Ehm, ik pas het in de neonatologie vooral toe bij prematuren natuurlijk he. Omdat ouders, vooral moeders vaak het idee hebben dat ze falen en dat ze dan daardoor toch veel kunnen betekenen voor hun kind op dat moment. Ik pas het toe bij kinderen die ademhalingsondersteuning nodig hebben, we zien dat ze daardoor toch beter van herstellen en dat je de waardes op dat moment qua zuurstofgebruik toch naar beneden kan doen. Ik pas het ook toe bij mensen waar de borstvoeding slecht op gang wil komen, dan wil ik het huid op huid promoten om dat zoveel mogelijk te doen. En moeder die bijvoorbeeld na een bevalling nog met spoed naar de OK moeten met wat voor reden dan ook en daarna heel ziek zijn of op de intensive care terecht komen ook zo veel en zo snel mogelijk zodra ze op de afdeling zijn huid op huid want je merkt aan die mensen dat die het juist het hardst nodig hebben.

Onderzoeker: Oké en pas jij het ook wel eens toe als je bijvoorbeeld een kindje moet gaan prikken. Een hielprik of een bloedafname?

Respondent: Dat zou ik wel moeten doen maar dat vergeet ik vaak. Vooral toen jij net zei daar gaan we het over hebben, toen dacht ik o ja dat had ik vanochtend eigenlijk wel kunnen doen want dat kind lag bij moeder en waarom heb ik het daar weggepakt. Dat vergeet ik.

Onderzoeker: Oké, helemaal goed dan weet ik dat. En met de kennis die jij momenteel hebt schat jij jezelf bekwaam om een inschatting te maken vanaf wanneer het kind kan starten met de kangoeroezorg? Dus ongeacht gewicht, zuurstof dat ze krijgen?

Respondent: Ja, zeker.

Onderzoeker: Oké netjes. En dan gaan we het nu even over het onderwerp pijn hebben. Herken jij het goed wanneer een prematuur pijn heeft en hoe interpreteer jij die pijn?

Respondent: Ja, ik denk dat ik dat wel goed kan inschatten. Vaak zie je dat kinderen... ze hoeven niet eens te liggen huilen of zo. Vaak zie je dat als je met ze aan de gang gaat dat ze dan gaan huilen en zodra je ze loslaat dan zijn ze stil, kinderen gapen vaak ook wat sneller, kunnen gaan niezen, je ziet het vaak aan de ademhaling die wat versneld is, ze kreunen wat. Ja weet je het is per kind wel verschillend wat ze gaan doen, maar vaak als het kind wat langer ligt en je praat met ouders, dan kom je vaak met ouders er wel uit of je het kind oncomfortabel vindt. Ouders voelen dat vaak heel goed aan, die zien dat ook prima. Daar moet je ze ook bij betrekken denk ik.

Onderzoeker: Oké, je doet het dus eigenlijk door te observeren en in gesprek te gaan met ouders?

Respondent: Ja.

Onderzoeker: Oké en gebruik je daar ook een bepaalde score voor?

Respondent: Ja, de comfortscore. Die gebruik ik altijd en vind ik een fijne score.

Onderzoeker: Oké en ehm kun je mij ook iets vertellen over wat jij weet wat die herhaaldelijke pijnlijke prikkels als gevolg hebben voor de prematuur?

Respondent: Ik denk best wel dat die kinderen wat sneller geïrriteerd zijn en wat sneller van slag zijn, maar ik durf niet te zeggen of ze daar later nou nog last van hebben. Ik weet ook niet of ze daar evidence based informatie over hebben, ik heb dat nooit opgezocht. Maar ik denk wel dat als jij het kind zo comfortabel mogelijk verpleegd, het kind de fases in die tijd beter door komt. We zijn daar natuurlijk ook veel verder mee, met NIDCAP zie je wel dat die kinderen beter uit de strijd komen en dat we daar in de toekomst meer mee kunnen.

Onderzoeker: En relateer jij ook kinderen die bijvoorbeeld echt dat NIDCAP krijgen aan een kortere ziekenhuisopname?

Respondent: Ja, als je ziet hoe lang ze nu liggen en vroeger. Dan is het nu veel korter, kinderen knappen nu veel sneller op en gaan sneller en beter hun flesjes drinken.

Onderzoeker: Oké en als je nu een interventie toepast die pijnlijk is, of een pijnlijke procedure moet doen. Wat voor interventies pas jij dan nu toe?

Respondent: Ehm, ik doe altijd sucrose toedienen en dan altijd op een fopspeen of een vinger van de ouders laten zuigen en de ouders tegelijkertijd begrenzing te laten bieden en dan doe ik mijn procedure. Of samen met een verpleegkundige dat doen als de ouders dat niet kunnen. Ik heb ooit een keer opgezocht wat het beste werkt en dat is sucrose plus zuigen.

Onderzoeker: Oké en je zei dus net dat je het eigenlijk niet zo vaak doet tijdens de kangoeroezorg. Zie je het jezelf in de toekomst wel meer gaan doen?

Respondent: Ik moet mijzelf daar bewuster van zijn, maar ik ben dan wel benieuwd als je dat gaat doen of je dan nog sucrose nodig hebt of niet?

Onderzoeker: In principe, zegt de theorie van niet.

Respondent: Oké, ja daar ben ik dan benieuwd naar. Ik zou dan denk ik beide doen, ik zou dan sucrose doen en bij moeder.

Onderzoeker: Oké, ja ik heb daar vorig jaar mijn onderzoek over gedaan en het schijnt toch echt wel dat kangoeroezorg de hielprik effectief de pijn vermindert. Ik heb dit dan onderzocht voornamelijk tijdens de hielprik of de bloedafname.

Respondent: Oh oké, ik laat ze soms wel eerst aan de borst zuigen en dan hoeft ik geen sucrose te geven en dan laat ik ze wel vaak bij mama liggen en dan prik ik. Maar goed ik vind het vaak heel moeilijk om te prikken als ze bij mama liggen, dan heb ik niet vaak de grip op het voetje niet goed.

Voorals ze zo klein zijn dan is het lastig om te prikken, bij een groter kind is dat wat makkelijker dan wanneer je zo'n kleintje hebt want die heb je dan liever voor je liggen. Misschien is dat dan ook wel de belemmerende factor hoor.

Onderzoeker: Snap ik ja. Je zegt dus ook al dat je het nog niet zo vaak hebt toegepast voorafgaand aan het onderzoek, dat is verder prima. Dan wil ik het ook nog hebben over de belemmerende factoren. Wat zie jij als belemmerende factor om het kangoeroeën niet toe te passen tijdens zo'n pijnlijke prikkel?

Respondent: Nou ja weet je als je bijvoorbeeld een kindje hebt wat aan de ademhalingsondersteuning in de couveuse ligt die ga je er niet zomaar even uithalen om ze te prikken. Dat is omslachtig en prikken is al een hele happening voor die kinderen, dus ik denk dat dat een belemmerende factor is. Dan zou je... want soms moet het gewoon ad hoc geprikt willen omdat de neonatoloog dat wil en dan prik je en dan ga je niet eerst het kind uit de couveuse halen want vaak is er toch wel iets dat het kind geprikt moet worden. Wel dat je als het een geplande standaardprocedure is dat je die wel kan koppelen aan het kangoeroeën maar dan moet je dat echt gaan inplannen en artsen willen vaak in de ochtend al de uitslagen en soms komen de ouders pas 's middags. Dat zijn toch wel belemmerende factoren waarbij je dan denkt dat doe je niet zomaar. Ik denk dat dat bij een a terme wat makkelijker gaat, die ligt in bed en die ligt nergens aan. Die is verder gezond en kun je makkelijker pakken, ik denk dat we ons daar bewust van moeten zijn dat moeder daar een rol in kan spelen.

Onderzoeker: Ja klopt en als je bij de belemmeringen of barrières kijkt naar de tijd die je hebt of personeel wat misschien nog onervaren is of de kennis waar je over beschikt, zie je dat als belemmering?

Respondent: Nee, dat zie ik niet als belemmering want je gaat altijd voor het kind ook al met een mannetje minder.

Onderzoeker: En zie jij ook nadelen aan het geven van kangoeroezorg?

Respondent: Nee, dat zie ik geen nadelen aan. Het enige wat misschien een puntje is dat als heel die kamer vol staat met bezoek en de moeder wil kangoeroeën en ik vind dat niet zo'n goed idee, maar mama wil dat wel per se op dat moment. Dan zie ik dat wel als een belemmerende factor, maar dat is meer omdat het dan heel druk is en je wil die rust pakken tijdens het kangoeroeën omdat het rustgevend is. Maar dan ga je daaraan voorbij. Het is dan te vol in die kamer en iedereen gaat dan aan het kind plukken en dat vind ik minder. Dat kun je dan wel bespreken met ouders. Dat vind ik wel een lastig ding.

Onderzoeker: En vind jij dat er hier iets vanaf de afdeling nodig is om die barrières op te heffen, zou er iets moeten komen?

Respondent: Nee, ik denk dat eh... ouders liggen al alleen, dus dat is niet belemmerend meer. Kijk vroeger lagen ze achter een gordijn, dus ik denk dat alle faciliteiten aanwezig zijn om het te doen. De kamers zijn ruim genoeg, je kan makkelijk om de couv heen om een kind eruit te pakken. Nee nee, er is geen belemmering wat dat betreft.

Onderzoeker: Dat is eigenlijk alleen maar goed he. En je hebt aan het begin van dit interview eigenlijk ook al veel voordelen genoemd van kangoeroezorg, kun je nog enkele noemen of was dat eigenlijk wel.... Je zei temperatuur, parameters, de zuurstofbehoefte neemt af.

Respondent: Hechting heb ik gezegd. Nee dat was het wel.

Onderzoeker: Oké en is er volgens jou nog iets nodig om de toepassing van kangoeroezorg hier meer te stimuleren, denk dan bijvoorbeeld aan een scholing of een richtlijn waardoor alle kennis van iedereen op een lijn zit?

Respondent: Richtlijnen zijn altijd goed, ik weet ook niet of die er al zijn. Ik heb dat nooit opgezocht.

Onderzoeker: Nee die zijn er niet direct.

Respondent: Dus misschien is dat wel goed, vooral voor de mensen die hier starten is het altijd goed om er richtlijnen voor te hebben. Doe je ze wel of niet aan de monitor, vanaf wanneer mogen ze van de monitor. Dus misschien is het daar wel handig voor om daar richtlijnen voor te doen, wanneer mag een kind met CPAP wel kangoeroeën en wanneer niet? Dat doen we nu allemaal naar inschatting.

Onderzoeker: Oké en zie jij verder nog dingen die nodig zijn? Wat het stimuleert in de toekomst?

Respondent: Nee, dat denk ik niet. Ik denk dat die richtlijnen het voornaamste zijn. Dat we allemaal op een lijn zitten. Want de ene keer zeg ik tegen mama: ik leg hem wel aan de monitor hoor en dan zegt de mama: oh dat doen ze nooit. En dan denk ik: dat doen ze nooit? Terwijl het kind daarvoor nog een aantal incidenten had, dan vind ik dat die wel aan de monitor moet want soms zie je dat die kinderen zo diep in slaap vallen dat ie zomaar een brady kan hebben. Dus die richtlijnen zouden niet verkeerd zijn denk ik.

Onderzoeker: Oké, dat is prima. Dat waren eigenlijk mijn vragen? Heb jij nog vragen aan mij of dingen die je kwijt wil?

Respondent: Nee, nee het was heel duidelijk.

Onderzoeker: Oké, dankjewel voor deelname.

Bijlage 7 – Fragmenteren en labelen

De volledige tabel uit Bijlage 7 met betrekking tot het fragmenteren en labelen is terug te vinden in het logboek.

Interview 4 09-01-2019 | 15.20 minuten

Tabel 6: Fragmenteren en labelen

Interviewer	Fragment	Respondent	Label
De eerste vraag is eigenlijk: kun jij mij al iets vertellen over kangoeroezorg? Wat weet jij daar al van?	4.1	Oh god, wat weet ik daar al van. Ehm volgens mij is dat heel breed he, je hebt buidelen bij prematuren of bij zieke kinderen. Het liefst twee uur lang, korter mag ook maar minimaal wel twee uur. Dat weet ik en ook dat het goed is voor de kinderen omdat de basisfrequentie van het hart daalt, de ademhaling stabiliseert, de temperatuur stabiliseert dus het is voor alle parameters super goed. En ehm het werkt ook troostend bij kinderen als kinderen pijn hebben of overstuur zijn dus daar is het ook heel goed voor en voor de hechting met papa en mama he, het kan alle twee he.	Kennis
Wat is jouw geslacht?	4.2	Vrouwelijk haha.	Geslacht
Wat is jouw leeftijd?	4.3	Haha, 45.	Leeftijd
Haha en hoe lang ben jij al werkzaam binnen de neonatologie?	4.4	Ik ben officieel nog maar twee jaar neonatologieverpleegkundige maar ik werk al heel lang samen met de neonatologie en dat is al... ik denk al 20 jaar.	Werkduur
Jij bent dus neonatologie verpleegkundige?	4.5	Ja, dat klopt.	Functie
En hoeveel uur werk jij per week?	4.6	Ehm, 28 uur.	Contractgrootte
Goed. En jouw hoogst behaalde opleiding?	4.7	De HCN (high care neonatologie).	Opleiding
Oké, prima. En jouw nationaliteit? Jij komt gewoon hier van Nederland?	4.8	Ja Nederland ja.	Land van herkomst

Oké, super. Dan heb ik dat in ieder geval al op een rijtje. Voorafgaand aan dit onderzoek was jij dan ook bekend met de term kangoeroezorg.	4.9	Ja, dat klopt.	Kennis
En wat is volgens jou de definitie van kangoeroezorg? Kun jij mij die geven?	4.10	Kangoeroezorg, oh. Ehm huid op huid bij papa of mama, vaker bij mama natuurlijk waarbij er hechting plaatsvindt tussen ouder en kind en ehm parameters stabiliseren.	Definitie
En jouw ervaring met kangoeroezorg, kun jij mij daar iets over vertellen?	4.11	Oh ja, ik vind dat echt geweldig. Ja vooral als kindjes enigszins maar stabiel zijn aan bijvoorbeeld een CPAP of weet ik veel, dat doet ze zo goed, daar knappen ze zo van op. Ik had laatst nog een kindje dat lag al anderhalve dag aan de CPAP en dat knapte maar niet op. Dat kindje had ook nog niet bij mama gelegen en 's middags was ze redelijk stabiel na paracetamol en toen heb ik ze bij mama gelegd en daarna is het alleen maar beter gegaan dus ja dat is heel fijn. En ehm ja, ouders hebben ook meer binding met hun kind. Anders ligt daar maar zo'n kind en dan denken ze: ja het is van mij maar ze voelen die binding dan niet. En dat is wel iets waarvan ik denk: oeh daar moet je wel voor oppassen en het is heel belangrijk voor ouders om hun kind te voelen en te ruiken en bij zich te hebben en als dat dan de eerste tijd niet kan dan komt daar toch een afstand denk ik en dat is niet goed, dat moet je voorkomen.	Ervaring
Ja dat is ook zo, goed. En hoe vaak pas jij kangoeroezorg toe? Is dat dagelijks?	4.12	Ja dagelijks. Als het toelaat in de zorg he, als je een kindje hebt wat maar een of twee keer uit de couv mag en het is al gedaan dan houdt het op he, dan kan ik het niet doen. Maar als het kind stabiel is en het laat het toe, oh dat mag het van mij wel twee keer in de dienst als ze dat	Toepassing kangoeroezorg (frequentie)

		willen. Al kangoeroeën ze heel de dag, mag ook van mij.	
Oké, en ehm in wat voor situaties en met wat voor doel pas jij het toe?	4.13	Ehm, ik pas het in de neonatologie vooral toe bij prematuren natuurlijk he. Omdat ouders, vooral moeders vaak het idee hebben dat ze falen en dat ze dan daardoor toch veel kunnen betekenen voor hun kind op dat moment. Ik pas het toe bij kinderen die ademhalingsondersteuning nodig hebben, we zien dat ze daardoor toch beter van herstellen en dat je de waardes op dat moment qua zuurstofgebruik toch naar beneden kan doen. Ik pas het ook toe bij mensen waar de borstvoeding slecht op gang wil komen, dan wil ik het huid op huid promoten om dat zoveel mogelijk te doen. En moeder die bijvoorbeeld na een bevalling nog met spoed naar de OK moeten met wat voor reden dan ook en daarna heel ziek zijn of op de intensive care terecht komen ook zo veel en zo snel mogelijk zodra ze op de afdeling zijn huid op huid want je merkt aan die mensen dat die het juist het hardst nodig hebben.	Toepassing kangoeroezorg (situaties/doel)
Oké en pas jij het ook wel eens toe als je bijvoorbeeld een kindje moet gaan prikken. Een hielprik of een bloedafname?	4.14	Dat zou ik wel moeten doen maar dat vergeet ik vaak. Vooral toen jij net zei daar gaan we het over hebben, toen dacht ik o ja dat had ik vanochtend eigenlijk wel kunnen doen want dat kind lag bij moeder en waarom heb ik het daar weggepakt. Dat vergeet ik.	Toepassing kangoeroezorg (pijnreducerende interventie)
Oké, helemaal goed dan weet ik dat. En met de kennis die jij momenteel hebt schat jij jezelf bekwaam om een inschatting te maken vanaf wanneer het kind kan starten met de	4.15	Ja, zeker.	Kennis

kangoeroezorg? Dus ongeacht gewicht, zuurstof dat ze krijgen?			
Oké netjes. En dan gaan we het nu even over het onderwerp pijn hebben. Herken jij het goed wanneer een prematuur pijn heeft en hoe interpreteer jij die pijn?	4.16	Ja, ik denk dat ik dat wel goed kan inschatten. Vaak zie je dat kinderen... ze hoeven niet eens te liggen huilen of zo. Vaak zie je dat als je met ze aan de gang gaat dat ze dan gaan huilen en zodra je ze loslaat dan zijn ze stil, kinderen gapen vaak ook wat sneller, kunnen gaan niezen, je ziet het vaak aan de ademhaling die wat versneld is, ze kreunen wat. Ja weet je het is per kind wel verschillend wat ze gaan doen, maar vaak als het kind wat langer ligt en je praat met ouders, dan kom je vaak met ouders er wel uit of je het kind oncomfortabel vindt. Ouders voelen dat vaak heel goed aan, die zien dat ook prima. Daar moet je ze ook bij betrekken denk ik. Ja, inderdaad.	Herkennen van pijn
Oké, je doet het dus eigenlijk door te observeren en in gesprek te gaan met ouders?			
Oké en gebruik je daar ook een bepaalde score voor?	4.17	Ja, de comfortscore. Die gebruik ik altijd en vind ik een fijne score.	Interpreteren van pijn
Oké en ehm kun je mij ook iets vertellen over wat jij weet wat die herhaaldelijke pijnlijke prikkels als gevolg hebben voor de prematuur?	4.18	Ik denk best wel dat die kinderen wat sneller geïrriteerd zijn en wat sneller van slag zijn, maar ik durf niet te zeggen of ze daar later nou nog last van hebben. Ik weet ook niet of ze daar evidence based informatie over hebben, ik heb dat nooit opgezocht. Maar ik denk wel dat als jij het kind zo comfortabel mogelijk verpleegd, het kind de fases in die tijd beter door komt. We zijn daar natuurlijk ook veel verder mee, met NIDCAP zie je wel dat die kinderen beter uit de strijd komen en dat we daar in de toekomst meer mee kunnen.	Gevolgen pijn

En relateer jij ook kinderen die bijvoorbeeld echt dat NIDCAP krijgen aan een kortere ziekenhuisopname?		Ja, als je ziet hoe lang ze nu liggen en vroeger. Dan is het nu veel korter, kinderen knappen nu veel sneller op en gaan sneller en beter hun flesjes drinken.	
Oké en als je nu een interventie toepast die pijnlijk is, of een pijnlijke procedure moet doen. Wat voor interventies pas jij dan nu toe?	4.19	Ehm, ik doe altijd sucrose toedienen en dan altijd op een fopspeen of een vinger van de ouders laten zuigen en de ouders tegelijkertijd begrenzing te laten bieden en dan doe ik mijn procedure. Of samen met een verpleegkundige dat doen als de ouders dat niet kunnen. Ik heb ooit een keer opgezocht wat het beste werkt en dat is sucrose plus zuigen.	Pijnreductie
Oké en je zei dus net dat je het eigenlijk niet zo vaak doet tijdens de kangoeroezorg. Zie je het jezelf in de toekomst wel meer gaan doen?	4.20	Ik moet mijzelf daar bewuster van zijn, maar ik ben dan wel benieuwd als je dat gaat doen of je dan nog sucrose nodig hebt of niet? Oh oké, ik laat ze soms wel eerst aan de borst zuigen en dan hoef ik geen sucrose te geven en dan laat ik ze wel vaak bij mama liggen en dan prik ik. Maar goed ik vind het vaak heel moeilijk om te prikken als ze bij mama liggen, dan heb ik niet vaak de grip op het voetje niet goed. Vooral als ze zo klein zijn dan is het lastig om te prikken, bij een groter kind is dat wat makkelijker dan wanneer je zo'n kleintje hebt want die heb je dan liever voor je liggen. Misschien is dat dan ook wel de belemmerende factor hoor.	Toepassing kangoeroezorg (frequentie)
Dan wil ik het ook nog hebben over de belemmerende factoren. Wat zie jij als belemmerende factor om het kangoeroeën niet toe te passen tijdens zo'n pijnlijke prikkel?	4.21	Nou ja weet je als je bijvoorbeeld een kindje hebt wat aan de ademhalingsondersteuning in de couveuse ligt die ga je er niet zomaar even uithalen om ze te prikken. Dat is omslachtig en prikken is al een hele happening voor die kinderen, dus ik denk dat dat een belemmerende factor is. Dan zou je... want soms moet het gewoon ad	Belemmerende factoren

Ja klopt en als je bij de belemmeringen of barrières kijkt naar de tijd die je hebt of personeel wat misschien nog onervaren is of de kennis waar je over beschikt, zie je dat als belemmering?		hoc geprikt willen omdat de neonatoloog dat wil en dan prik je en dan ga je niet eerst het kind uit de couveuse halen want vaak is er toch wel iets dat het kind geprikt moet worden. Wel dat je als het een geplande standaardprocedure is dat je die wel kan koppelen aan het kangoeroeën maar dan moet je dat echt gaan inplannen en artsen willen vaak in de ochtend al de uitslagen en soms komen de ouders pas 's middags. Dat zijn toch wel belemmerende factoren waarbij je dan denkt dat doe je niet zomaar. Ik denk dat dat bij een a terme wat makkelijker gaat, die ligt in bed en die ligt nergens aan. Die is verder gezond en kun je makkelijker pakken, ik denk dat we ons daar bewust van moeten zijn dat moeder daar een rol in kan spelen. Nee, dat zie ik niet als belemmering want je gaat altijd voor het kind ook al met een mannetje minder.	
En zie jij ook nadelen aan het geven van kangoeroezorg?	4.22	Nee, dat zie ik geen nadelen aan. Het enige wat misschien een puntje is dat als heel die kamer vol staat met bezoek en de moeder wil kangoeroeën en ik vind dat niet zo'n goed idee, maar mama wil dat wel per se op dat moment. Dan zie ik dat wel als een belemmerende factor, maar dat is meer omdat het dan heel druk is en je wil die rust pakken tijdens het kangoeroeën omdat het rustgevend is. Maar dan ga je daaraan voorbij. Het is dan te vol in die kamer en iedereen gaat dan aan het kind plukken en dat vind ik	Nadelen

		minder. Dat kun je dan wel bespreken met ouders. Dat vind ik wel een lastig ding.	
En vind jij dat er hier iets vanaf de afdeling nodig is om die barrières op te heffen, zou er iets moeten komen?	4.23	Nee, ik denk dat eh... ouders liggen al alleen, dus dat is niet belemmerend meer. Kijk vroeger lagen ze achter een gordijn, dus ik denk dat alle faciliteiten aanwezig zijn om het te doen. De kamers zijn ruim genoeg, je kan makkelijk om de couv heen om een kind eruit te pakken. Nee nee, er is geen belemmering wat dat betreft.	Opheffen barrières
En je hebt aan het begin van dit interview eigenlijk ook al veel voordelen genoemd van kangoeroezorg, kun je nog enkele noemen of was dat eigenlijk wel.... Je zei temperatuur, parameters, de zuurstofbehoefte neemt af.	4.24	Hechting heb ik gezegd. Nee dat was het wel.	Voordelen
Oké en is er volgens jou nog iets nodig om de toepassing van kangoeroezorg hier meer te stimuleren, denk dan bijvoorbeeld aan een scholing of een richtlijn waardoor alle kennis van iedereen op een lijn zit?	4.25	Richtlijnen zijn altijd goed, ik weet ook niet of die er al zijn. Ik heb dat nooit opgezocht. Dus misschien is dat wel goed, vooral voor de mensen die hier starten is het altijd goed om er richtlijnen voor te hebben. Doe je ze wel of niet aan de monitor, vanaf wanneer mogen ze van de monitor. Dus misschien is het daar wel handig voor om daar richtlijnen voor te doen, wanneer mag een kind met CPAP wel kangoeroeën en wanneer niet? Dat doen we nu allemaal naar inschatting.	Stimulerende factoren
Oké en zie jij verder nog dingen die nodig zijn? Wat het stimuleert in de toekomst?		Nee, dat denk ik niet. Ik denk dat die richtlijnen het voornaamste zijn. Dat we allemaal op een lijn zitten. Want de ene keer zeg ik tegen mama: ik leg hem wel aan de monitor hoor en	

		dan zegt de mama: oh dat doen ze nooit. En dan denk ik: dat doen ze nooit? Terwijl het kind daarvoor nog een aantal incidenten had, dan vind ik dat die wel aan de monitor moet want soms zie je dat die kinderen zo diep in slaap vallen dat ie zomaar een brady kan hebben. Dus die richtlijnen zouden niet verkeerd zijn denk ik.	
--	--	---	--

Bijlage 8 – Codes en waarden

De volledige tabel uit Bijlage 8 met betrekking tot de codes en waarden is terug te vinden in het logboek.

Interview 4 09-01-2019 | 15.20 minuten

Legenda waarden:

- +: positieve waarde
- *: neutrale waarde
- -: negatieve waarde

Tabel 7: Codes en waarden

Fragment	Label	Uitspraken	Code/Waarde
4.1	Kennis	• Oh god, wat weet ik daar al van. Ehm volgens mij is dat heel breed he, je hebt buidelen bij prematuren of bij zieke kinderen. Het liefst twee uur lang, korter mag ook maar minimaal wel twee uur. Dat weet ik en ook dat het goed is voor de kinderen omdat de basisfrequentie van het hart daalt, de ademhaling stabiliseert, de temperatuur stabiliseert dus het is voor alle parameters super goed. En ehm het werkt ook troostend bij kinderen als kinderen pijn hebben of overstuur zijn dus daar is het ook heel goed voor en voor de hechting met papa en mama he, het kan alle twee he.	• Breed begrip * • Huid op huidcontact + • Prematuren/zieke kinderen + • Parameters stabiliseren + • Troostend + • Hechting +
4.2	Geslacht	• Vrouwelijk haha.	• Vrouw
4.3	Leeftijd	• Haha, 45.	• 45 jaar
4.4	Werkduur	• Ik ben officieel nog maar twee jaar neonatologie verpleegkundige maar ik werk al heel lang samen met de neonatologie en dat is al... ik denk al 20 jaar.	• 20 jaar
4.5	Functie	• Ja, dat klopt.	• Neonatologie verpleegkundige

4.6	Contractgrootte	Ehm, 28 uur.	28 uur
4.7	Opleiding	De HCN (high care neonatologie).	HCN
4.8	Land van herkomst	Ja Nederland ja.	Nederland
4.9	Kennis	Ja, dat klopt.	Kennis van begrip +
4.10	Definitie	Kangoeroezorg, oh. Ehm huid op huid bij papa of mama, vaker bij mama natuurlijk waarbij er hechting plaatsvindt tussen ouder en kind en ehm parameters stabiliseren.	- Huid op huidcontact + - Beide ouders + - Hechting + - Parameters stabiliseren +
4.11	Ervaring	- Oh ja, ik vind dat echt geweldig. Ja vooral als kindjes enigszins maar stabiel zijn aan bijvoorbeeld een CPAP of weet ik veel, dat doet ze zo goed, daar knappen ze zo van op. Ik had laatst nog een kindje dat lag al anderhalve dag aan de CPAP en dat knapte maar niet op. Dat kindje had ook nog niet bij mama gelegen en 's middags was ze redelijk stabiel na paracetamol en toen heb ik ze bij mama gelegd en daarna is het alleen maar beter gegaan dus ja dat is heel fijn. - En ehm ja, ouders hebben ook meer binding met hun kind. Anders ligt daar maar zo'n kind en dan denken ze: ja het is van mij maar ze voelen die binding dan niet. En dat is wel iets waarvan ik denk: oeh daar moet je wel voor oppassen en het is heel belangrijk voor ouders om hun kind te voelen en te ruiken en bij zich te hebben en als dat dan de eerste tijd niet kan dan komt daar toch een afstand denk	- Geweldig + - Knappen op + - Hechting +

		ik en dat is niet goed, dat moet je voorkomen.	
4.12	Toepassing kangoeroezorg (frequentie)	Ja dagelijks. Als het toelaat in de zorg he, als je een kindje hebt wat maar een of twee keer uit de couv mag en het is al gedaan dan houdt het op he, dan kan ik het niet doen. Maar als het kind stabiel is en het laat het toe, oh dat mag het van mij wel twee keer in de dienst als ze dat willen. Al kangoeroeën ze heel de dag, mag ook van mij.	- Dagelijks + - Afhankelijk stabiliteit kind -
4.13	Toepassing kangoeroezorg (situaties/doel)	Ehm, ik pas het in de neonatologie vooral toe bij prematuren natuurlijk he. Omdat ouders, vooral moeders vaak het idee hebben dat ze falen en dat ze dan daardoor toch veel kunnen betekenen voor hun kind op dat moment. Ik pas het toe bij kinderen die ademhalingsondersteuning nodig hebben, we zien dat ze daardoor toch beter van herstellen en dat je de waardes op dat moment qua zuurstofgebruik toch naar beneden kan doen. Ik pas het ook toe bij mensen waar de borstvoeding slecht op gang wil komen, dan wil ik het huid op huid promoten om dat zoveel mogelijk te doen. En moeder die bijvoorbeeld na een bevalling nog met spoed naar de OK moeten met wat voor reden dan ook en daarna heel ziek zijn of op de intensive care terecht komen ook zo veel en zo snel mogelijk zodra ze op de afdeling zijn huid op huid want je merkt aan die mensen dat die het juist het hardst nodig hebben.	- Prematuren + - Positieve stimulans ouders + - Stabiliseren kind + - Hechting + - Stimuleren borstvoeding +
4.14	Toepassing kangoeroezorg	Dat zou ik wel moeten doen maar dat vergeet ik vaak. Vooral toen	Vergeet ik vaak –

	(pijnreduceren de interventie)	jij net zei daar gaan we het over hebben, toen dacht ik o ja dat had ik vanochtend eigenlijk wel kunnen doen want dat kind lag bij moeder en waarom heb ik het daar weggepakt. Dat vergeet ik.	
4.15	Kennis	Ik schat mijzelf bekwaam om een inschatting te maken wanneer een prematuur kind kan starten met kangoeroezorg	Bekwaam +
4.16	Herkennen van pijn	Ja, ik denk dat ik dat wel goed kan inschatten. Vaak zie je dat kinderen... ze hoeven niet eens te liggen huilen of zo. Vaak zie je dat als je met ze aan de gang gaat dat ze dan gaan huilen en zodra je ze loslaat dan zijn ze stil, kinderen gapen vaak ook wat sneller, kunnen gaan niezen, je ziet het vaak aan de ademhaling die wat versneld is, ze kreunen wat. Ja weet je het is per kind wel verschillend wat ze gaan doen, maar vaak als het kind wat langer ligt en je praat met ouders, dan kom je vaak met ouders er wel uit of je het kind oncomfortabel vindt. Ouders voelen dat vaak heel goed aan, die zien dat ook prima. Daar moet je ze ook bij betrekken denk ik.	- Goed inschatten + - Observeren + - Communicatie met ouders +
4.17	Interpreteren van pijn	Ja, de comfortscore. Die gebruik ik altijd en vind ik een fijne score.	Comfortscore +
4.18	Gevolgen pijn	Ik denk best wel dat die kinderen wat sneller geïrriteerd zijn en wat sneller van slag zijn, maar ik durf niet te zeggen of ze daar later nou nog last van hebben. Ik weet ook niet of ze daar evidence based informatie over hebben, ik heb dat nooit opgezocht. Maar ik denk wel dat als jij het kind zo comfortabel mogelijk verpleegd, het kind de fases in die tijd beter door komt. We zijn daar	- Geïrriteerd + - Sneller van slag + - Geen idee consequenties langere termijn –

		natuurlijk ook veel verder mee, met NIDCAP zie je wel dat die kinderen beter uit de strijd komen en dat we daar in de toekomst meer mee kunnen. • Ja, als je ziet hoe lang ze nu liggen en vroeger. Dan is het nu veel korter, kinderen knappen nu veel sneller op en gaan sneller en beter hun flesjes drinken.	• Weet niet of er evidence based info is – • NIDCAP + • Kortere ligduur +
4.19	Pijnreductie	• Ehm, ik doe altijd sucrose toedienen en dan altijd op een fopspeen of een vinger van de ouders laten zuigen en de ouders tegelijkertijd begrenzing te laten bieden en dan doe ik mijn procedure. Of samen met een verpleegkundige dat doen als de ouders dat niet kunnen. Ik heb ooit een keer opgezocht wat het beste werkt en dat is sucrose plus zuigen.	• Sucrose + • Zuigen + • Begrenzing +
4.20	Toepassing kangoeroezorg (frequentie)	• Ik moet mijzelf daar bewuster van zijn, maar ik ben dan wel benieuwd als je dat gaat doen of je dan nog sucrose nodig hebt of niet? • Oh oké, ik laat ze soms wel eerst aan de borst zuigen en dan hoef ik geen sucrose te geven en dan laat ik ze wel vaak bij mama liggen en dan prik ik. Maar goed ik vind het vaak heel moeilijk om te prikken als ze bij mama liggen, dan heb ik niet vaak de grip op het voetje niet goed. Vooral als ze zo klein zijn dan is het lastig om te prikken, bij een groter kind is dat wat makkelijker dan wanneer je zo'n kleintje hebt want die heb je dan liever voor je liggen. Misschien is dat dan ook wel de belemmerende factor hoor.	• Bewuster worden – • Soms bij moeder liggen + • Moeilijk prikken –

4.21	Belemmerende factoren	- Nou ja weet je als je bijvoorbeeld een kindje hebt wat aan de ademhalingsondersteuning in de couveuse ligt die ga je er niet zomaar even uithalen om ze te prikken. Dat is omslachtig en prikken is al een hele happening voor die kinderen, dus ik denk dat dat een belemmerende factor is. Dan zou je... want soms moet het gewoon ad hoc geprikt willen omdat de neonatoloog dat wil en dan prik je en dan ga je niet eerst het kind uit de couveuse halen want vaak is er toch wel iets dat het kind geprikt moet worden. Wel dat je als het een geplande standaardprocedure is dat je die wel kan koppelen aan het kangoeroeën maar dan moet je dat echt gaan inplannen en artsen willen vaak in de ochtend al de uitslagen en soms komen de ouders pas 's middags. Dat zijn toch wel belemmerende factoren waarbij je dan denkt dat doe je niet zomaar. Ik denk dat dat bij een a terme wat makkelijker gaat, die ligt in bed en die ligt nergens aan. Die is verder gezond en kun je makkelijker pakken, ik denk dat we ons daar bewust van moeten zijn dat moeder daar een rol in kan spelen. - Nee, dat zie ik niet als belemmering want je gaat altijd voor het kind ook al met een mannetje minder.	- Kindje met ademhalingsondersteuning niet zomaar verplaatsen – - Omslachtig – - Ad hoc prikken in opdracht neonatoloog – - Kangoeroeën wel bij geplande standaardprocedure + - Afwezigheid ouders – - Prematuur is moeilijk te prikken -
4.22	Nadelen	Nee, dat zie ik geen nadelen aan. Het enige wat misschien een puntje is dat als heel die kamer vol staat met bezoek en de moeder wil kangoeroeën en ik vind dat niet zo'n goed idee,	- Geen nadelen + - Veel bezoek, waardoor geen rustige omgeving –

		maar mama wil dat wel per se op dat moment. Dan zie ik dat wel als een belemmerende factor, maar dat is meer omdat het dan heel druk is en je wil die rust pakken tijdens het kangoeroeën omdat het rustgevend is. Maar dan ga je daaraan voorbij. Het is dan te vol in die kamer en iedereen gaat dan aan het kind plukken en dat vind ik minder. Dat kun je dan wel bespreken met ouders. Dat vind ik wel een lastig ding.	
4.23	Opheffen barrières	• Nee, ik denk dat eh... ouders liggen al alleen, dus dat is niet belemmerend meer. Kijk vroeger lagen ze achter een gordijn, dus ik denk dat alle faciliteiten aanwezig zijn om het te doen. De kamers zijn ruim genoeg, je kan makkelijk om de couv heen om een kind eruit te pakken. Nee nee, er is geen belemmering wat dat betreft.	• Ouders liggen alleen + • Alle faciliteiten aanwezig voor de uitvoering + • Kamers zijn ruim + • Makkelijk bij de couv om een kind te pakken +
4.24	Voordelen	• Oh god, wat weet ik daar al van. Ehm volgens mij is dat heel breed he, je hebt buidelen bij prematuren of bij zieke kinderen. Het liefst twee uur lang, korter mag ook maar minimaal wel twee uur. Dat weet ik en ook dat het goed is voor de kinderen omdat de basisfrequentie van het hart daalt, de ademhaling stabiliseert, de temperatuur stabiliseert dus het is voor alle parameters super goed. En ehm het werkt ook troostend bij kinderen als kinderen pijn hebben of overstuurd zijn dus daar is het ook heel goed voor en voor de	• Liefst twee uur lang + • Prematuren/zieke kinderen + • Stabiliseren parameters + • Troostend + • Hechting +

		hechting met papa en mama he, het kan alle twee he. • Hechting heb ik gezegd. Nee dat was het wel.	
4.25	Stimulerende factoren	• Richtlijnen zijn altijd goed, ik weet ook niet of die er al zijn. Ik heb dat nooit opgezocht. • Dus misschien is dat wel goed, vooral voor de mensen die hier starten is het altijd goed om er richtlijnen voor te hebben. Doe je ze wel of niet aan de monitor, vanaf wanneer mogen ze van de monitor. Dus misschien is het daar wel handig voor om daar richtlijnen voor te doen, wanneer mag een kind met CPAP wel kangoeroeën en wanneer niet? Dat doen we nu allemaal naar inschatting. • Nee, dat denk ik niet. Ik denk dat die richtlijnen het voornaamste zijn. Dat we allemaal op een lijn zitten. Want de ene keer zeg ik tegen mama: ik leg hem wel aan de monitor hoor en dan zegt de mama: oh dat doen ze nooit. En dan denk ik: dat doen ze nooit? Terwijl het kind daarvoor nog een aantal incidenten had, dan vind ik dat die wel aan de monitor moet want soms zie je dat die kinderen zo diep in slaap vallen dat ie zomaar een brady kan hebben. Dus die richtlijnen zouden niet verkeerd zijn denk ik.	• Richtlijn + • Nooit opgezocht – • Goed voor de mensen die hier starten + • Richtlijn omtrent kangoeroeën met/zonder monitor + • Richtlijn omtrent kangoeroeën wel/niet met CPAP + • Nu is het een inschatting – • Op een lijn zitten +

Bijlage 9 – Groeperen en ordening

De volledige groepering en ordening van Bijlage 9 is terug te vinden in het logboek.

Legenda interviews:

- Interview 4
- Interview 3
- Interview 6
- Interview 1
- Interview 5
- Interview 7
- Interview 2

Tabel 8: Groeperen en ordening

Label	Fragment	Code/Waarde
Kennis	4.1 4.9 4.15	Breed begrip * Huid op huidcontact + Prematuren/zieke kinderen + Parameters stabiliseren + Troostend + Hechting + Kennis van begrip + Bekwaam +
	3.1 3.9 3.15	Huid op huidcontact + Hechting + Beide ouders + Parameters stabiliseren + Basale metabolisme + Prematuur + Kennis van begrip + Bekwaam +
	6.1 6.9 6.14	Geruststelling moeder + Geborgenheid + Troostend + Beste methode + Kennis van begrip + Bekwaam + Ervaring +
	1.1 1.9 1.14	Kennis van begrip + Direct na geboorte + Bekwaam + Ongeacht gewicht, leeftijd + Afhankelijk stabiliteit kind - Niet tijdens beademing -

		Levensreddende handelen kunnen niet tijdens kangoeroezorg - Stabiele kinderen + Onstabiele kinderen nooit buidelen - Tenzij ze gingen overlijden +
	5.1 5.9 5.14	Direct na geboorte + Meteen op de afdeling + Bij overplaatsing uit ander ziekenhuis, direct na aankomst + Kennis van begrip + Bekwaam + Ongeacht gewicht, leeftijd + Afhankelijk van stabiliteit -
	7.1 7.9 7.15	Huid op huidcontact + Beide ouders + Parameters stabiliseren + Hechting + Kennis van begrip + Bekwaam +
	2.1 2.11 2.16 2.22	Onbekende term - Altijd met prikken + Kinderen met rust laten tijdens kangoeroeën - Pijnreducerende interventie + Geruststelling ouders + Alleen als de ouders zich er prettig bij voelen + Praktisch + Vooral tijdens prikken + Beide ouders of verpleegkundige + Kangoeroeën is niet invasief - Troostend + Kennis van begrip + Bekwaam + Veilige situatie + Monitor als back up + Ook met apparatuur bij ouders + Niet tijdens beademing - Geen meerwaarde indien steeds alarmen -
Geslacht	4.2	Vrouw
	3.2	Man
	6.2	Vrouw
	1.2	Vrouw
	5.2	Vrouw
	7.2	Vrouw
	2.4	Vrouw

Bijlage 10 – Hiërarchie, hoofd- en subgroepen

De volledige tabel uit Bijlage 10 met betrekking tot de hiërarchie, hoofd- en subgroepen is terug te vinden in het logboek.

Tabel 9: Hiërarchie, hoofd- en subgroepen

Label	Code/Positieve waarde (aantal)	Code/Neutrale waarde (aantal)	Code/Negatieve waarde (aantal)
Kennis	Hoofdgroep Kennis van begrip (7) Bekwaam (7) Huid op huidcontact (3) Beide ouders (3) Parameters stabiliseren (3) Hechting (3) Troostend (3) Prematuren/zieke kinderen (2) Direct na geboorte (2) Ongeacht gewicht, leeftijd (2) Subgroep Geruststelling (2) Tijdens prikken (2) Ook met monitor (2) Bij aankomst op afdeling (2) Basale metabolisme (1) Geborgenheid bieden (1) Beste methode (1) Stabiele kinderen (1) Tenzij ze gingen overlijden (1) Pijnreducerende interventie (1) Praktisch (1) Veilige situatie (1)	Hoofdgroep Breed begrip (1)	Hoofdgroep Afhankelijk stabiliteit kind (2) Niet tijdens beademing (2) Onbekende term (1) Subgroep Rust tijdens kangoeroeën (2) Levensreddende handelingen kunnen niet tijdens kangoeroezorg (1) Onstabiele kinderen nooit buidelen (1) Geen meerwaarde indien steeds alarmen (1)
Definitie	Hoofdgroep Huid op huidcontact (5) Beide ouders (5) Hechting (4) Subgroep Geborgen voelen (3) Parameters stabiliseren (2) Rustig worden (1)		

