
DE AFDELING NEONATOLOGIE



Uw baby is of wordt binnenkort opgenomen op de afdeling Neonatologie. Deze gids geeft informatie over de afdeling neonatologie en de specifieke behoeften van baby's in het ziekenhuis. Natuurlijk staat het hele zorgteam klaar om al uw vragen te beantwoorden.

Beste ouders,

Uw baby is of wordt binnenkort opgenomen op de afdeling Neonatologie. Deze gids geeft informatie over de afdeling neonatologie en de specifieke behoeften van baby's in het ziekenhuis. Natuurlijk staat het hele zorgteam klaar om al uw vragen te beantwoorden.

We doen er alles aan om uw baby zorgen van hoge kwaliteit te bieden en u een warm welkom te geven tijdens uw volledige verblijf in het ziekenhuis.

Overzicht

1.	De neonatale intensivereafdeling (neonatale intensive care of NIC)	1
2.	Ontwikkelingsgerichte zorg: het NIDCAP-programma	5
3.	Kangoeroeën of huid-op-huidcontact	6
4.	Positioneren en omgaan met premature baby's	7
5.	De omgeving van de premature baby aanpassen	9
6.	Medische apparatuur	10
7.	De voeding van uw baby	14
8.	Slaap	16
9.	De verzorging van premature baby's	18
10.	Veranderingen in het gewicht van premature baby's	18
11.	Pijnbehandeling	19
12.	Aanvullende onderzoeken	21
	Lexicon	22

1. DE NEONATALE INTENSIVE-CAREAFDELING (NEONATALE INTENSIVE CARE OF NIC)

De neonatale intensivereafdeling staat in voor onze pasgeborenen die speciale zorg nodig hebben. Deze dienst bestaat niet in alle ziekenhuizen. De meeste kinderen op deze afdeling worden te vroeg geboren en kunnen erg klein zijn (soms wegen ze minder dan 1000 gram bij de geboorte). Er zijn ook voldragen pasgeborenen die intensieve opvolging nodig hebben, bijvoorbeeld na een moeilijke bevalling, bij een infectie of als er een operatie nodig is.

Wat de reden ook is voor het verblijf van uw baby op deze afdeling: als mama, papa of co-ouder zijn jullie de belangrijkste mensen voor jullie baby. We hebben jullie nodig om hem of haar gerust te stellen en te steunen in zijn of haar ontwikkeling. Uw aanwezigheid, affectie en zorg zijn net zo belangrijk voor de groei en ontwikkeling van jullie baby als de medische zorg die hij of zij krijgt. Kinderartsen en verpleegkundigen leggen in detail uit welke behandeling uw baby krijgt en vragen uw hulp hierbij, zodat u al snel de belangrijkste zorgverlener van uw kind kunt worden.

Uw aanwezigheid

We moedigen u aan om 24 uur per dag bij uw baby te blijven. Er zijn bedden en ruimtes speciaal voor ouders (douche, woonkamer, keuken) zodat u zich thuis voelt. Als u niet zelf bij uw baby kunt blijven, dan kunt u een referentiepersoon (altijd dezelfde persoon) aanduiden die bij hem of haar kan blijven tijdens uw afwezigheid.

Oudere broers en zussen en andere bezoekers (slechts één persoon tegelijk) worden toegelaten onder bepaalde voorwaarden, die we uitleggen in het reglement van de afdeling dat u bij opname ontvangt.

U kunt een klein wasbaar knuffeltje meenemen dat uw baby kan vasthouden. Een stukje stof met uw geur (een sjaal, T-shirt, enz.) kan hem of haar ook geruststellen. Een deken is handig om uw baby mee te bedekken als u hem vasthoudt of voor het kangoeroëën.

Wat kledingstukjes betreft, legt de verpleegkundige u tijdig uit wat uw baby nodig heeft. In het beginstadium wordt een premature baby in een knus nestje gelegd en heeft hij of zij geen kleren nodig.







Wie werkt er op de afdeling neonatologie?

Het team dat voor uw baby zorgt is best groot: verpleegkundigen, neonatologen-kinderartsen, psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, ... Een verpleegkundige en een referentiearts houden echter specifiek toezicht op elke baby apart. Tijdens uw verblijf in het ziekenhuis krijgt u regelmatig de kans om de verschillende mensen te ontmoeten die betrokken zijn bij de zorg en ontwikkeling van uw baby. We brengen u echter onmiddellijk op de hoogte van elke belangrijke verandering in de gezondheidstoestand van uw baby, ongeacht het tijdstip.

Naast het verpleegkundige team komt u ook de logistieke en administratieve teams van de afdeling tegen (secretaresse, onderhoudstechnicus, logistiek assistent, enz.). Zij werken allemaal samen om ervoor te zorgen dat u in de best mogelijke omstandigheden wordt opgevangen.

We zijn een opleidingsziekenhuis, dus u krijgt ook verpleegkundigen en artsen in opleiding te zien.

Als uw baby geen intensieve zorg meer nodig heeft, wordt hij of zij overgeplaatst naar de niet-intensieve neonatologieafdeling of naar de kraamafdeling. Dat kan in het UMC Sint-Pieter zijn (op

de Koala-afdeling) of in het ziekenhuis vanwaar u komt (waar uw baby geboren is of geboren zou worden).

Op onze neonatologieafdeling (zowel intensief als niet-intensief) bieden we ontwikkelingsgerichte verzorging, beter bekend als 'NIDCAP', en kangoeroe- of huid-op-huid-dragen. Verderop in deze brochure leggen we dit gedetailleerder uit.

We organiseren regelmatig workshops voor ouders op de afdeling. Dit zijn informatiesessies over verschillende onderwerpen (borstvoeding, dragen van uw baby, gedrag, aanleggen, enz.) Deze workshops bieden ouders en zorgverleners de gelegenheid om met elkaar te praten.

Op bepaalde dagen nodigen we ouders ook uit op de medische afdeling om deel te nemen aan het gesprek dat over hun kind plaatsvindt. Dan komen de artsen en verpleegkundigen samen om het zorgplan voor elke baby te bespreken.

Oudere broers en zussen kunnen meekomen, maar dit wordt goed uitgelegd en gekaderd. We organiseren workshops en videoconferenties om hen uit te leggen wat er met hun broertje of zusje gebeurt en waarom hun ouders zo druk bezig zijn of vaker afwezig zijn.

Er is ook een kleine bibliotheek met een reeks boeken voor ouders en broers en zussen over premature baby's. Aarzel niet om ons ernaar te vragen.

We leggen u de hygiënemaatregelen uit bij opname: was uw handen bij aankomst en desinfecteer ze daarna, doe uw horloge en sieraden uit, enz. Volg de regels strikt want ze zijn heel belangrijk om uw baby te beschermen tegen infecties.

Het gebruik van mobiele telefoons op onze afdeling is beperkt tot de ruimte voor de ouders. Laat het toestel op de trilfunctie staan om de baby's niet te storen. Het is natuurlijk verboden om foto's te maken, geluid op te nemen, te filmen of foto's of video's van andere patiënten en hun familie te verspreiden op sociale netwerken of het internet. Als u foto's of video's van personeelsleden wilt maken of verspreiden, moet u vooraf hun toestemming vragen.

Psychosociale teams

Psychologen, psychiaters en maatschappelijk werkers, evenals kind-ouderpartners van ONE en Kind en Gezin, staan klaar om u tijdens uw volledige verblijf te ondersteunen.

We bieden systematisch een eerste gesprek met een psycholoog aan aan alle ouders. Mama of papa worden is altijd

een ongelooflijk emotionele gebeurtenis, vooral als het uw eerste kindje is. De geboorte van uw baby verloopt niet altijd zoals u had gedroomd, en soms in moeilijke omstandigheden. Als u steun krijgt, net als de mogelijkheid om te praten over wat u voelt en om uw soms verwarde emoties onder woorden te brengen, kan dat helpen u sterker te voelen om alles aan te kunnen en uw baby op weg te helpen.

2. ONTWIKKELINGSGERICHTE ZORG: HET NIDCAP-PROGRAMMA

Premature baby's, die nog minder volgroeid zijn omdat ze te vroeg geboren zijn, moeten zich buiten de cocon van de baarmoeder verder ontwikkelen om de vaardigheden van een voldragen baby te verwerven. Om hen te helpen hierbij is er het NIDCAP-programma (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program).

Met dit programma kunnen we het gedrag van premature baby's observeren en proberen we hun taal te begrijpen om hun vaardigheden en kwetsbaarheden vast te stellen.

We passen de verzorging en de omgeving dan aan op basis van deze observaties. In heel wat wetenschappelijke studies is het belang van dit programma voor de ontwikkeling van premature

baby's erkend. Onze afdeling past dit zorgprogramma toe en uw medewerking is essentieel.

Speciaal opgeleid personeel observeert het gedrag van uw baby en doet aanbevelingen over hoe we de omgeving, slaapomstandigheden en verzorging kunnen aanpassen. Het hele team is betrokken hierbij en draagt deze zorgfilosofie hoog in het vaandel.

3. KANGOEROEËN OF HUID-OP-HUIDCONTACT

Huid-op-huidcontact is een draagmethode waarbij de baby zonder kleertjes op de blote borst van de ouders wordt gelegd. Het lichaam van de ouders is de meest geschikte omgeving voor premature baby's: warm en veilig. Huid-op-huidcontact brengt een affectieve situatie tot stand waarin uw baby al zijn zintuigen kan gebruiken:

- reukzin: hij of zij neemt de geur van uw huid en melk waar;
- tastzin: hij of zij voelt de zachtheid en warmte van uw huid;
- gezichtsvermogen: hij of zij bekijkt uw gezicht van dichtbij;
- gehoor: ze horen uw stem als u woordjes tegen ze fluistert, uw hartslag en uw ademhaling.

Al deze prikkels, die vergelijkbaar zijn met de prikkels in de cocon van de baarmoeder, helpen de temperatuur, hartslag en zuurstoftoevoer van de baby te reguleren, stellen de baby gerust en werken een optimale neurosensorische ontwikkeling in de hand. Dit is aangetoond in talloze wetenschappelijke onderzoeken.

We moedigen u aan om dagelijks en bijna onbeperkt te kangoeroeën, zelfs als uw baby ondersteuning bij de ademning of een infuus nodig heeft. We proberen dit te plannen op het moment dat we uw baby verzorgen, zodat u hem of haar niet meerdere keren hoeft wakker te maken.

Voor dit huid-op-huidcontact staat er een comfortabele zetel naast de couveuse van uw baby. Er zijn ook draagdoeken verkrijgbaar. We bieden ze zo snel mogelijk aan: uw baby wordt goed ondersteund, u hebt uw handen vrij en u



kunt bijvoorbeeld lezen of slapen.

4. POSITIONEREN EN OMGAAN MET PREMATURE BABY'S

Tijdens de zwangerschap ontwikkelt de baby zich in een gebogen positie in de baarmoeder van zijn mama. Hij houdt zijn hoofd, lichaam en ledematen uitgelijnd in de middenas. De baarmoeder biedt helemaal rondom steun, waardoor de baby deze positie kan behouden.

Als een baby te vroeg geboren wordt, krijgt hij niet langer die steun van de cocon van de baarmoeder. Vooral tijdens de verzorging zal hij zijn armen en benen strekken en zijn vingers spreiden op zoek naar de steun die hem helpt om weer in de gebogen en 'ingestopte' positie te komen. Deze zoektocht naar steun en buiging vergt veel energie van premature baby's.

Door de baby zachtjes gebogen te houden, helpen we hem zijn energie te sparen zodat hij zich kan ontwikkelen, groeien, ademen, verteren, enz.

Deze gebogen, 'ingestopte' houding is nodig voor de harmonieuze motorische ontwikkeling van premature baby's. Het helpt hen ook om hun trooststrategieën te ontwikkelen, zoals een hand naar hun gezichtje of mond brengen, vasthouden wat hen wordt aangeboden, hun voetjes

gebruiken ter ondersteuning ...

Op de afdeling neonatologie worden baby's in verschillende posities in hun couveuse of bed gelegd: op hun buik, op hun rug of op hun zij. Om gebogen houdingen met het hoofd, de romp en de ledematen in lijn te houden, plaatsen we ze in kleine nestjes of cocons. We gebruiken ook een reeks kleine flexibele steunen en kussens.

Vooral tijdens de verzorging is die behoefte aan ondersteuning belangrijk omdat de baby dan moet omgaan met andere prikkels. We kunnen de baby's dan met vier handen verzorgen. Eén persoon zorgt ervoor dat de baby voortdurend steun krijgt om zijn lichaam en ledematen te buigen, helpt hem zichzelf gerust te stellen met zijn fopspeen en door hem vast te houden, terwijl de andere persoon de verzorging op zich neemt. Ouders zijn natuurlijk het best geplaatst om hun baby te ondersteunen.

Tijdens hun groei ontwikkelen premature baby's geleidelijk spontane 'ingestopte' houdingen en buiging van de ledematen. Vervolgens passen we onze ondersteuning aan, naarmate ze ouder worden, om ze aan te



5.DE OMGEVING VAN DE PRE-MATURE BABY AANPASSEN

In de baarmoeder ontwikkelt de baby zich in de cocon van de baarmoeder, een omgeving vol water, beschermt tegen de zwaartekracht, met weinig licht en gedempt geluid. Deze omgeving is aangepast aan zijn behoeften.

Bij de geboorte is de premature baby nog niet klaar voor alle auditieve, visuele, olfactorische en tactiele prikkels in onze omgeving. Om hun neurosensorische ontwikkeling te behouden, moeten we de omgeving om hen heen aanpassen, afhankelijk van hun leeftijd, vaardigheden en kwetsbaarheden.

Het gezichtsvermogen

In de baarmoeder wordt het gezichtsvermogen heel weinig gestimuleerd en daarom is het bij de geboorte het minst ontwikkelde zintuig. Het gezichtsvermogen evolueert tijdens het laatste trimester van de zwangerschap. Bij de geboorte kunnen volgroeide baby's heel goed zien op een afstand van 20 tot 30 cm. Verder dan dat lijken objecten wazig.

Bij de geboorte hebben premature baby's een minder goed ontwikkeld gezichtsvermogen dan voldragen baby's. Bovendien kunnen ze de hoeveelheid licht die hun ogen binnenkomt niet beperken door hun pupillen samen te trekken. Deze reflex verschijnt pas rond

30-32 weken. Te veel licht is daarom stresserend voor hen.

We weten ook dat licht de slaapcyclus van baby's beïnvloedt. Het halfdonker zorgt voor langere perioden van slaap, die belangrijk zijn voor de groei en voor de ontwikkeling van de hersenen.

Dus we bedekken de couveuse van uw baby met een deken en dimmen het licht in zijn kamer tijdens zijn rustperiodes. Tijdens de verzorging en het onderzoek van uw baby hebben we meer licht nodig, maar we zorgen ervoor dat we de ogen van uw baby beschermen met onze handen of een doek. Naarmate de baby groeit, wordt de bescherming geleidelijk afgebouwd, zodat hij een dag-nachtcyclus opbouwt.

Het gehoor

Een baby kan horen vanaf 20 tot 24 weken zwangerschap.

We weten dat lawaai onregelmatige slaappatronen veroorzaakt bij premature baby's, perioden van agitatie en desaturatie, veranderingen in de hartslag en ademhaling, en vermoeidheid. We weten ook dat het geluidsniveau niet hoger mag zijn dan 50 tot 60 decibel (db) om baby's in staat te stellen zich goed te ontwikkelen. Het sterniveau op een neonatale afdeling ligt tussen de 60 en 70db.

Daarom proberen we zachtjes te praten in de buurt van de baby's en vragen we om gesprekken buiten hun kamers te houden. Machinealarmen worden zo snel mogelijk uitgeschakeld. We sluiten ook de kamerdeur wanneer dat mogelijk is.

We weten echter dat de stem van een ouder essentieel is voor de ontwikkeling van taal en gehoor. We moedigen u dan ook aan om met zachte stem tegen uw baby te praten en te zingen als u bij hem of haar kunt zijn.

Olfactorisch

In de baarmoeder neemt de baby geuren waar als het vruchtwater door zijn neus stroomt.

Na de geboorte hebben baby's olfactorische voorkeuren: van wat ze uit de baarmoeder herkennen. Baby's geven de voorkeur aan de geur van hun mama en haar melk (die een vergelijkbare geur heeft als het vruchtwater). Deze geuren geven hem of haar een fijn gevoel.

We kunnen uw baby daarom helpen door een vertrouwde olfactorische omgeving te simuleren. Aarzel niet om uw baby een sjaal of knuffel met uw geur te geven, vermijd sterke of agressieve geuren (parfums, ...) en pas huid-op-huidcontact toe.

De tastzin

Uw prematuurtje geeft de voorkeur

aan continu, warm contact in plaats van herhaaldelijke aanrakingen (een hand op zijn lichaam in plaats van strelingen).

We vermijden plotselinge bewegingen tegen de zwaartekracht in. Huid-op-huidcontact is een vorm van tactiele stimulatie die perfect is voor uw baby en hem of haar goed doet.

6. MEDISCHE APPARATUUR

U bent misschien onder de indruk van alle 'spullen' om uw baby heen. Dat is volstrekt normaal. We maken u vertrouwd met alles wat er in de buurt van uw baby staat.

Slapen

Als een baby aankomt op de afdeling neonatologie, wordt hij meestal op een verwarmde tafel gelegd. Deze tafel houdt hem warm en stelt ons in staat om alle noodzakelijke behandelingen of reanimatieprocedures uit te voeren.

Afhankelijk van zijn gewicht en behoeften wordt hij dan in een couveuse, een verwarmd bed of een klein bed geplaatst. De couveuse houdt de lucht rond uw baby warm en vochtig. Tweelingbaby'tjes kunnen naast elkaar in een verwarmd bed worden gelegd als ze geen ademhalingsondersteuning of parenterale voeding nodig hebben.

De beste plek om te slapen is echter op het lichaam van de ouders met huid-op-huidcontact!



Monitoring

Als uw baby op onze afdeling aankomt, wordt hij of zij verbonden met het monitoringsysteem. Hierdoor kunnen verschillende parameters continu worden gecontroleerd, zoals hartslag, ademhalingsfrequentie, zuurstofsaturatie en temperatuur. Hiervoor plakken we drie elektroden op zijn borst (die zijn hart- en ademhalingsritmes registreren), plaatsen we een temperatuursonde op zijn huid en een zuurstofsaturatiesensor om zijn pols, hand of enkel.

Premature baby's kunnen last hebben van apneu (pauzes in de ademhaling), bradycardie (vertraging van de hartslag) of desaturatie. Er gaat dan een alarm

af en we kunnen snel in de kamer zijn. Er zijn ook veel 'valse' alarmen (bijv. als een elektrode is losgeraakt, als de saturatiesensor is verplaatst, enz.) Wees gerust: we kunnen de alarmen zien en horen op alle schermen in onze eenheid, waar we ook zijn. We zijn het gewend om een onderscheid te maken tussen echte en valse alarmen.

Hulpmiddelen bij de ademhaling

Premature baby's hebben een onvolgroeid ademhalingsstelsel. Daardoor is ademen soms moeilijk. We kunnen ze zo lang helpen als dat nodig is, met verschillende soorten ademhalingsondersteuning.

> Ballon en Neopuff



Deze systemen worden naast de couveuse geplaatst. Ze bieden ademhalingsondersteuning die zorgt voor een snelle interventie wanneer de baby dit nodig heeft.

> Een masker met hoog debiet, CPAP, DUOPAP en beademingsapparaat

Maskers met hoog debiet, CPAP en DUOPAP zijn

ademhalingshulpmiddelen die de baby een continue luchtstroom bieden met een bepaalde druk. Ze worden op de neus van de baby geplaatst en vastge maakt met bandjes en/of een mutsje. Deze niet-invasieve beademingshulpmiddelen maken het minder moeilijk voor uw baby om adem te halen en verminderen de frequentie van de apneu.

Een beademingstoestel is een invasieve beademingsmethode die nodig is als een baby ernstige ademnood heeft of onder narcose moet worden gebracht. De machine blaast lucht en zuurstof in de longen via de endotracheale buis, die in de luchtpijp wordt geplaatst. Surfactant is een stof die door onze longen wordt geproduceerd en ervoor zorgt dat ze goed blijven werken. Premature baby's produceren er niet genoeg van, waardoor het soms via de endotracheale buis moet worden toegediend. Wanneer een baby wordt geïntubeerd, verdwijnt zijn stem omdat de buis tussen de stembanden komt te zitten.

Pompen en spuitpompen

Baby's hebben vaak een infuus, antibiotica of soms een bloedtransfusie nodig, die wordt toegediend met een 'pomp' of 'spuitpomp'.

Fototherapie lampen

Veel kindjes ontwikkelen fysiologische geelzucht. Boven een bepaald niveau moet geelzucht worden behandeld

met fotherapie: de huid van de baby wordt blootgesteld aan speciaal licht. Deze behandeling, die enkele uren of dagen kan duren, is niet gevaarlijk en niet pijnlijk. Uw baby wordt naakt, met zijn luier, onder de lamp gelegd. We beschermen zijn ogen tegen het licht met stoffen hoesjes die op een zonnebril lijken. Uw baby kan ook in een klein net worden gelegd zodat hij zich gesteund en dus comfortabeler voelt tijdens deze behandeling.

7. DE VOEDING VAN UW BABY

In ons ziekenhuis respecteren en steunen we alle mama's in hun keuze om op welke manier dan ook hun baby te voeden (borstvoeding of flesvoeding).

Voor uw premature baby is moedermelk de beste voeding, behalve in zeldzame gevallen met medische contra-indicaties. Het starten met voeden kan wat moeilijker lopen omdat uw premature baby niet bij u kan zijn of omwille van de bezorgdheden om uw erg kleine of zieke baby. Onze teams werken stap voor stap met u samen om u te helpen hiermee.

Welke voeding uw baby krijgt, hangt af van zijn ontwikkelingsstadium en gezondheidstoestand. Bovendien ontwikkelt elke baby zijn drinkvaardigheden in zijn eigen tempo. Net als bij alle andere ontwikkelingsstadia (rechtop zitten, lopen, enz.) is er geen standaardleeftijd voor drinken. We

ondersteunen de ontwikkeling op het vlak van voeding van uw baby door hem te observeren en zijn vaardigheden en zwakke punten te beoordelen.

Geleidelijke introductie van melk

Als uw baby heel klein is, krijgt hij de eerste dagen alle calorieën en voedingsstoffen die hij nodig heeft via een infuus: dit noemen we parenterale voeding.

Maar al heel snel krijgt uw baby kleine hoeveelheden melk via een voedingssonde.

Als hij dit goed verteert, wordt de hoeveelheid melk die hij krijgt geleidelijk van dag tot dag verhoogd, terwijl de parenterale voeding volledig wordt afgebouwd.

Voedselvaardigheden ontwikkelen

Samen met u observeren we hoe de

tekenen dat uw baby wil drinken, evolueren (handje naar de mond brengen, hongerig zuigen aan de speen, huilen, enz.) Deze tekenen zijn hetzelfde als bij een voldragen baby, maar ze zijn discreter. We geven hem of haar dan een paar druppels melk op de speen, terwijl de rest van de melk via de voedingssonde wordt gegeven. We kunnen hen ook hun eerste contact met de borst laten maken. Dan kunnen we hun ademhaling, kleur, oxygenatie en staat van alertheid, evenals hun spiertonus, houdingen en bewegingen beoordelen. Als de toestand van uw baby stabiel blijft, worden de eerste echte voedingsmomenten aangeboden.

Geleidelijk aan, naarmate uw baby de motoriek van zuigen - slikken - ademen ontwikkelt, zal hij zich steeds vaker voeden en steeds meer drinken. Melk die de baby niet zelf drinkt, wordt altijd via de voedingssonde gegeven.

We moedigen u aan om vanaf de eerste sondevoeding bij het voedingsmoment van uw baby aanwezig te zijn, bij voorkeur met uw baby in uw armen of huid-op-huid. Als uw baby grotere hoeveelheden drinkt en steviger wordt, proberen we hem op zijn vraag beetje bij beetje te voeden.

Gedrag van uw baby tijdens het voeden

Hoe uw baby zich gedraagt, laat ons weten of hij klaar is om aan een maaltijd



te beginnen, om ermee door te gaan of dat hij een pauze nodig heeft.

Hoe zien we dat ze overweldigd of moe zijn?

- Toename of afname van ademhaling of hartslag
- Verminderde oxygenatie
- Kleurverandering
- Hikken, braken, misselijkheid, hoesten
- Uitstrekken van armpjes en beentjes
- Rusteloze, schokkerige bewegingen
- Verminderde tonus in het lichaam, gezicht en/of ledematen
- Gebogen rug
- Tong uitgestoken, mond halfopen
- Plotselinge slaperigheid of sufheid
- Malaise, opwinding, schreeuwen, prikkelbaarheid
- Frons met de wenkbrauwen, grimas

Om de ontwikkeling op het vlak van voeding van een baby te ondersteunen, kunnen we:

- **negatieve orale stimulatie zo veel mogelijk vermijden**, zoals in zijn mond aspireren of zijn voedingssonde rond zijn mond bevestigen (we stoppen deze in plaats daarvan in zijn neus).
- **een speen met een druppel melk** erop aanbieden tijdens de sondevoeding, zodat hij de smaak van melk kan associëren met het vullen

van zijn maag.

- **een gevoel van hechting** tijdens het voeden in de hand werken.
- eerder een **kwalitatieve** dan een kwantitatieve ervaring stimuleren.
- hun verlangen om te eten erkennen en **prioriteit geven** aan het beantwoorden van dat verlangen. **pauzes** aanbieden tijdens de maaltijd als ze laten zien dat ze daar behoefte aan hebben.
- een **omgeving** met weinig lawaai en licht aanbieden en tegelijkertijd flexie ondersteunen.
- proberen om geleidelijk het eigen **tempo van de baby** te volgen in plaats van een vooraf vastgesteld schema.
- **meerdere en verschillende voedingservaringen vermijden.**

Als u borstvoeding geeft, vermijden we om uw baby flesjes te geven omdat dit de borstvoeding kan verstoren. We gebruiken methoden die dicht bij borstvoeding staan, zoals *cup-feeding* (uw baby zal de melk opslurpen als een kleine kat) of voeding via een sonde die op de vinger wordt geplaatst en waarop hij kan zuigen.

Er zijn **3 fasen** in het voedingschema van premature baby's:

Fase A : de start van de enterale voeding. De baby wordt zo snel mogelijk na de geboorte gevoed, met 8 tot 12 maaltijden.

Fase B : 'semi-demand' voeding. Als uw baby de helft van de dagelijks benodigde hoeveelheid kan drinken, wordt met deze fase begonnen.

Fase C : voeding op vraag ('on demand'). Zodra de baby $\frac{3}{4}$ van zijn dagelijkse hoeveelheid drinkt en spontaan meerdere keren per dag echt wakker wordt, wordt hij op vraag gevoed.

8. SLAAP

Volgroeide baby's worden geleidelijk aan wakker, van de diepe slaap naar de lichte slaap en dan naar een toestand van halfslaperigheid voordat ze helder en krachtig wakker worden.

Premature baby's blijven aanvankelijk

lang slapen en als ze wakker worden, gaan ze van slaperig naar suf of geagiteerd. Geleidelijk aan zijn ze in staat om langer wakker te blijven, hoewel hun staat van alertheid nog steeds minder lang duurt dan die van een voldragen baby. Daarom moeten we onze prikkels en onze omgeving aanpassen.

We proberen de verzorging af te stemmen op de momenten dat uw baby wakker is, om zijn slaafases te respecteren. Als het kan en uw baby nog niet vaak wakker is, beginnen we met de verzorging tussen de fases van slapen en wakker zijn in, d.w.z. in de slaperige fase.

	1	2
GEDRAG	<i>Diepe slaap</i>	<i>lichte slaap</i>
ADEMHALING	Regelmatig	Van regelmatig naar onregelmatig
GEZICHT	Ontspannen Gesloten ogen Geen oogbewegingen	Gesloten ogen of open Vage blik Kleine grimas mouvement de
BEWEGINGEN TOON	Ontspannen Geen motorische activiteit afgezien van geïsoleerde bevingen	Motorische activiteit niet erg aanwezig

Soms moeten we uw baby echter wakker maken. Het is belangrijk om hem te helpen om voorzichtig wakker te worden. We passen de duur van de verzorging aan naargelang het vermogen van uw kind om wakker te blijven en onze prikkels op tekenen van vermoeidheid (wegdraaien, de ogen sluiten, hikken, grimassen, bleekheid, enz.)

Als uw baby langer wakker kan blijven, proberen we samen om van deze momenten te profiteren om met hem in contact te komen, zonder hem te overweldigen met te veel prikkels (te veel lawaai of te veel licht).

Naarmate uw baby groter wordt, zal hij

steeds beter kunnen communiceren en wakker blijven.

9. DE VERZORGING VAN PRE-MATURE BABY'S

Die verzorgingsroutine kan vermoeiend zijn voor uw premature baby. Tijdens de verzorging moet uw baby zijn temperatuur op peil houden en proberen zijn motoriek en ademhaling stabiel te houden, wat veel energie kost. Daarom passen we die momenten en de frequentie ervan aan uw baby aan: we houden rekening met zijn gewicht, zijn vermoeidheid en zijn stabiliteit.

3

Slaperigheid

Van regelmatig naar onregelmatig

Gesloten ogen of open
Vage blik
toenemend grimassen,

Motorische activiteit groter
Zelfreguleringsstrategie

4

Waakzaamheid

Van regelmatig naar onregelmatig

ogen open
(van vaag tot in contact afhankelijk van de kwetsbaarheid van de baby)

Motorische activiteit, Modérée
Zelfreguleringsstrategie

5

Rusteloosheid

Van regelmatig naar onregelmatig

Gesloten ogen of open
Grijnzend gezicht

Zeer hoge motorische activiteit

6

Huilen

Van regelmatig naar onregelmatig

Gesloten ogen of open
Grijnzend gezicht met huilen

Significant motorische activiteit

Als een baby heel klein is en een beademingsapparaat of een centrale lijn heeft, verzorgen de moeder en de verpleegkundige hem samen in zijn couveuse, zodat hij goed ondersteund wordt. Als dat mogelijk is, moet hij op zijn zij worden gelegd en comfortabel in een klein laken worden gewikkeld om zeker te voorkomen dat hij onrustig en motorisch ongeorganiseerd reageert. Het strekken van de ledematen, huilen, enz. leidt tot energieverlies en een minder regelmatige ademhaling.

Als uw baby ouder is en niet meer in een couveuse ligt, wordt hij of zij gewassen in een badje. De baby wordt in een badje bevochtigd in een laken gewikkeld voor steun en geruststelling. Het moment van de badtijd moet net goed zijn; uw baby mag niet te moe of te hongerig zijn. Eten krijgt altijd voorrang. We zorgen er ook voor dat we uw baby's slaap respecteren.

Het badje moet een fijn en gedeeld moment zijn. Aarzel niet om met uw baby te praten om hem gerust te stellen.

10. VERANDERINGEN IN HET GEWICHT VAN PREMATURE BABY'S

We houden het gewicht van uw baby zorgvuldig in de gaten tijdens zijn verblijf op de afdeling neonatologie.

In de eerste levensdagen, of ze nu op

500 g of 4 kg geboren worden, verliezen alle baby's gewicht (10-15 % van hun geboortegewicht). Daarna komen ze gestaag aan in gewicht (ongeveer 20 gram per dag).

Veel factoren beïnvloeden die gewichtstoename echter. Een baby die zelfstandig begint te ademen, of die net uit zijn couveuse is gekomen om in een wieg te slapen, zal iets meer energie nodig hebben om te ademen of om zijn

lichaamstemperatuur op peil te houden. Hij zal dan een paar dagen langzamer aankomen. Een baby van wie het infuus net verwijderd is, kan minder aankomen of zelfs een paar dagen afvallen.

De gewichtstoename varieert daarom van kind tot kind en van het ene punt in hun ontwikkeling tot het andere. U hoeft zich geen zorgen te maken als uw baby niet elke dag aankomt: we bekijken zijn vooruitgang over meerdere dagen.

We wegen uw baby in het begin elke dag, en daarna om de dag, omdat wegen vermoeiend kan zijn en uw baby onrustig kan maken. In bepaalde omstandigheden wegen we hem elke dag opnieuw, bijvoorbeeld aan het begin van een gevraagde voeding, om er zeker van te zijn dat hij genoeg calorieën binnenkrijgt.



11. PIJNBEHANDELING

De zorg voor baby's in de neonatologie, of ze nu te vroeg geboren zijn of niet, vereist behandelingen en procedures die pijnlijk kunnen zijn. U mag erop vertrouwen dat we nadenken over de noodzaak van elk van die handelingen om ze tot een minimum te beperken.

Uw baby voelt de pijn en laat ons dit weten op zijn manier (huilen, bewegingen, enz.). Premature baby's hebben beperktere communicatievaardigheden dan voldragen baby's, maar we kunnen begrijpen wat ze ervaren (hun welzijn, hun ongemak) door hun gedrag te observeren. We passen onze zorgprocedures aan op basis van onze observaties om mogelijke pijn tot een minimum te beperken.

We gebruiken ook pijnbeoordelingsschema's die zijn aangepast aan baby's en premature baby's, die ons helpen om pijn te diagnosticeren en het effect te evalueren van wat er wordt gedaan om die pijn te verlichten.

Pijn kan worden voorkomen door een reeks maatregelen: een infuus in de navelstreng plaatsen in plaats van in een ledemaat, het gebruik van pleisters beperken, het aspireren via de mond of neus beperken, enz. Het is ook belangrijk om de slaap van premature baby's te verbeteren (slaapttekort verhoogt de gevoeligheid voor pijn) en om de omgeving aan te passen (weinig lawaai en licht) zodat dit de stress tijdens de pijnlijke procedures niet vergroot.

Pijn of ongemak kan worden behandeld met niet-medicinale procedures en medicatie.

Niet-medicinale procedures waarvan is aangetoond dat ze effectief zijn en die gecombineerd kunnen worden, zijn onder andere:

- een baby comfortabel laten liggen;
- een rustgevende omgeving;
- de stem van mama of papa tijdens en na de pijnlijke procedure;
- de baby in een laken wikkelen en flexiesteun bieden tijdens een pijnlijke ingreep;
- huid-op-huidcontact;
- borstvoeding (of moedermelk aan een speen als mama er niet is).
Baby's bij wie bloed wordt

afgenomen terwijl ze borstvoeding krijgen, vertonen weinig tekenen van pijn.

Behandelingen met geneesmiddelen:

- Glucose voor pijnbestrijding
- Emla crème (lokaal cutaan verdovingsmiddel)
- Pijnstillers

Zoals u kunt zien, is de aanwezigheid van de ouders van onschatbare waarde bij het ondersteunen, voorkomen en behandelen van pijn bij baby's.

12. AANVULLENDE ONDERZOEKEN

We voeren een reeks complementaire onderzoeken uit bij baby's tijdens hun verblijf in het ziekenhuis en rond het moment dat ze mogen vertrekken. Het aantal en het soort onderzoeken varieert naargelang de achtergrond van elk kind.

Echoscopie : deze is pijnloos en laat de verschillende organen van uw baby zien, waaronder de hersenen, het hart, de nieren en de lever.

Elektro-encefalogram of EEG :

registratie van de spontane elektrische activiteit van de hersenen met behulp van kleine elektroden die op de hoofdhuid worden geplaatst.

Onderzoek van de achterkant van het oog: hiermee kunnen we het

netvlies van uw baby zien. Een half uur voor het onderzoek worden druppels in zijn ogen gedaan om zijn pupillen te verwijden en observatie mogelijk te maken. Dit onderzoek is niet pijnlijk, maar wel vervelend voor de baby omdat de oogarts de oogleden opent om het uit te voeren.

Elektrocardiogram of ECG:

een test die de elektrische activiteit van het hart registreert en analyseert door elektroden op de borst van uw baby te bevestigen.

Gehoortest : deze test, die ook wordt uitgevoerd bij alle pasgeboren baby's op de kraamafdeling, beoordeelt het gehoor van de baby.

Evoked potentials: deze maken deel uit van de neurologische beoordeling en onderzoeken de circulatie van informatie via de zenuwen van de lichaamsperiferie naar de hersenschors. Er zijn auditive evoked potentials (AEP of BERA), visual evoked potentials (VEP) en somesthetic evoked potentials (SEP). Ze worden uitgevoerd via stimulatie van het gehoor, het gezichtsvermogen of de spieren. De elektrische activiteit van de hersenen als reactie op deze stimulaties wordt geregistreerd met elektroden die op de hoofdhuid van de baby worden geplaatst.

Evoked potentials of polysomnografie: registratie van ademhalings- en hartparameters tijdens de slaap, over een periode van ongeveer 8 uur. Deze test kan helpen te bepalen of sommige kinderen thuis in de gaten moeten worden gehouden.

Cerebrale Magnetische Resonantie of NMR van de hersenen: biedt een gedetailleerde en uitgebreide verkenning van de structuur van de hersenen. Uw kind moet stil blijven liggen tijdens het onderzoek. We geven het nog drinken voordat we met het onderzoek

beginnen, zodat het rustig is. In sommige gevallen kan het nodig zijn om een kleine hoeveelheid medicatie vooraf te geven via de neus. De verdoving is van heel korte duur en uw kind wordt de hele tijd in de gaten gehouden.

LEXICON

Parenterale voeding : kunstmatige voeding (eiwitten, suikers, lipiden) die via een infuus rechtstreeks in de bloedbaan wordt toegediend.

Bloedarmoede : te weinig rode bloedcellen in het bloed, die belangrijk zijn voor het transport van zuurstof.

Apneu : een ademhalingspauze, komt vaak voor bij premature baby's, als gevolg van onvolgroeide ademhalingscentra (in de hersenen).

Bilirubine : pigment dat in de eerste levensdagen in het bloed circuleert en verantwoordelijk is voor geelzucht bij pasgeborenen.

Bradycardie : vertraging van de hartslag, meestal als gevolg van het feit dat de baby nog niet helemaal volgroeid is.

Cafeïne : ademhalingsstimulerend middel dat apneu vermindert.

Ductus arteriosus: bloedvat dat de aorta en de longslagader verbindt tijdens de periode dat uw baby in de baarmoeder leeft. Normaal gesproken sluit het na de geboorte. Als het kanaal open blijft en dit problemen oplevert, moet het worden gesloten met medicijnen of een operatie.

Katheter : klein apparaat dat in de ader (veneuze katheter) of slagader (arteriële katheter) wordt geplaatst om infusie mogelijk te maken.

Couveuse : of Isolette.

CPAP : niet-invasieve ondersteuning van de ademhaling door middel van een continue luchtstroom, met of zonder extra zuurstof, die wordt toegediend via een klein masker of kleine sondes ('neus') die op de neus worden aangebracht.

Détresse respiratoire : ademhalingsmoeilijkheden bij de baby die veroorzaakt kunnen worden door een aantal factoren (prematuuriteit, infectie, enz.)

Elektroden : elektroden die op de huid van de baby worden geplakt om de hartslag te registreren.

Glykemie : bloedsuikerspiegel.

Hypoglykemie = te weinig suiker

Hyperglykemie = te veel suiker

Icterus : zie geelzucht.

Isolette : bedje met plastic wanden eromheen. Past de temperatuur en vochtigheid aan de behoeften van de baby aan.

Geelzucht : de huid en slijmvliezen worden geel als gevolg van impregnatie van de weefsels met bilirubine.

Masker met hoog debiet : niet-invasieve beademingsondersteuning die in de neusgaten wordt geplaatst om een continue luchtstroom te garanderen, met of zonder extra zuurstof.

Hyaline membranenziekte:

ziekte van de onvolgroeide longen, als gevolg van het feit dat de premature baby onvoldoende surfactant produceert. Kan verbeteren door toediening van exogeen surfactant.

Meconium : de eerste ontlasting van de baby, die zwart en erg plakkerig is.

Monitor : een apparaat dat wordt gebruikt om de baby in de gaten te houden. Monitort de hartslag, ademhaling, zuurstof-saturatie, bloeddruk en temperatuur.

Neopuff : systeem dat baby's ondersteuning bij het ademen biedt door een klein masker op hun gezicht te plaatsen.

NIC : Neonatal Intensive Care of de dienst neonatologische intensive care.

NIDCAP : Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program. Een geïndividualiseerd zorgprogramma gebaseerd op de beoordeling van het gedrag van de pasgeborene.

Heel dunne katheter : lange, flexibele siliconen katheter die in een ader wordt geplaatst en naar het hart opstijgt. Deze kan enkele weken blijven zitten.

Infuus : vloeistof die intraveneus wordt toegediend, zoals glucose, antibiotica of andere medicijnen.

Fototherapie : behandeling van geelzucht

bij pasgeborenen met speciaal kunstlicht.

Beademingsapparaat : invasieve ademhalingsondersteuning, gebruikt om de baby te beademen.

Zuurstofverzadiging of -saturatie : meting van het zuurstofgehalte in het bloed, via de huid met behulp van een lichtgevende armband.

Voedingssonde : sonde die via de neus of mond in de maag van de baby wordt ingebracht om hem te voeden.

Surfactant : een stof die van nature geproduceerd wordt door longweefsel. Het houdt de longblaasjes open en zorgt ervoor dat zuurstof en CO₂ kunnen worden uitgewisseld. Verkrijgbaar als geneesmiddel om rechtstreeks in de longen toe te dienen.

Verwarmde tafel : open bed met een verwarmingsrail boven de baby.

Endotracheale sonde: sonde die in de luchtpijp van de baby wordt ingebracht en verbonden is met het beademingsapparaat.

CONTACT OPNEMEN ...

Intensieve neonatologie :

T. 02.535.43.17

Niet-intensieve neonatologie :

T. 02.535.48.17

Neonatologie secretariaat :

T. 02.535.42.26



Contacts Centre de Formation

brussels.nidcaptrainingcenter@stpierre-bru.be



CHU Saint-Pierre
UMC Sint-Pieter

Campus Hallepoort

Hoogestraat 322 - 1000 Brussel

T. 02/535.31.11

WWW.STPIERRE-BRU.BE