**Dr. Piet Leroy, Kinderarts-Intensivist, Maastricht UMC, Maastricht**

 Over Piet: Piet Leroy (België, 1969) is kinderarts-intensivist in het Maastricht UMC+ en universitair hoofddocent aan de Universiteit Maastricht. In het MUMC+ leidt hij een zorgteam dat kinderen helpt om trauma-vrij  medische verrichtingen te doorstaan. In 2012 promoveerde hij cum laude op een proefschrift over kwaliteitsvolle procedurele sedatie bij kinderen. In 2018 organiseerde hij het eerste Europees congres over dit thema (PROSA2018).

Presentatie: Wilt u uw kind even vasthouden?

Deze presentatie vertelt het persoonlijke verhaal van Piet Leroy

Leerdoel: De weg naar genezing toe is zeer belangrijk. Niet alleen focussen op genezing, maar ook zorgen dat die weg zo prettig mogelijk wordt gemaakt; er veel aandacht is voor pijn- en angstbestrijding.

 Informatie over presentatie:

Drie jaar oud was de dochter van kinderarts Piet Leroy toen ze met een gecompliceerde longontsteking in het ziekenhuis terechtkwam en eenmaal weer thuis bleef ze in haar hoofd bezig met wat ze de weken daarvoor had meegemaakt. De pijn na de operaties was weliswaar goed bestreden, vertelt Leroy, maar er waren hechtingen verwijderd, er was een paar keer bloed geprikt - allemaal kleine ingrepen waarvan haar vader altijd dacht: dat is gewoon nodig om weer beter te worden, duurt maar even, tanden op elkaar. Het had haar doodsbang gemaakt, zag hij. 'Als ze viel op het schoolplein en de juf kwam met een pleister aanzetten, dan raakte ze al in paniek.'

Leroy, werkzaam op de kinder-ic van het Maastricht UMC, was in die tijd net zijn proefschrift aan het afronden, over pijn- en angstbestrijding bij kinderen die heftige ingrepen moeten ondergaan, zoals een beenmergpunctie. Hij pleitte daarin voor het opleiden van sedatie-experts, zoals in zijn ziekenhuis was gebeurd. Daar hadden de kinderartsen van de intensive care zichzelf geleerd hoe ze kinderen buiten de operatiekamer veilig en effectief in een diepe slaap konden brengen, in het stadium net voor de algehele narcose. Zijn aanbeveling werd opgenomen in een richtlijn voor alle ziekenhuizen. Maar de ervaringen van zijn dochter leerden hem dat daarmee niet het hele verhaal was verteld.

De ernstig zieke kinderen uit zijn proefschrift vormen een kleine groep, terwijl voor al die kleine ingrepen waarvan hij altijd dacht dat ze er gewoon bijhoren, niets was geregeld. Jaarlijks worden 1,4 miljoen kinderen en jongeren in het ziekenhuis behandeld: ze moeten bloed laten prikken of krijgen een infuus, er worden hechtingen verwijderd of (na een herstelde botbreuk) metalen draadjes losgetrokken, ze hebben soms een maagsonde nodig of een blaaskatheter - en dat alles meestal zonder voorafgaande zorg of pijnbestrijding. Nooit had hij zich gerealiseerd hoe angstig kinderen daarvan kunnen worden en vooral: hoeveel gevolgen dat kan hebben. Kinderen raken in paniek, worden gedwongen en vastgehouden, en dat kan, zo blijkt uit internationaal onderzoek, langdurige psychische gevolgen hebben en zelfs een trauma opleveren dat niet makkelijk verdwijnt. 'Artsen zijn gefocust op genezing', zegt hij, 'ze willen kinderen graag beter maken, maar staan er niet zo bij stil dat de weg daarnaartoe ook belangrijk is.'

Hij kaartte het onderwerp aan bij de raad van bestuur van zijn ziekenhuis en kreeg tijd en geld voor een bijzondere aanpak. Michèle Vranken en Fritzi Russ, twee ervaren verpleegkundigen op de kinder-ic, werden opgeleid tot verpleegkundig specialisten kindersedatie. Samen met hen zocht hij uit hoe hij angst en pijn bij de kinderen in zijn ziekenhuis kon wegnemen. Richtlijnen hadden ze niet, hun oplossingen kwamen vooral voort uit de praktijk, uit wat de kinderen en hun ouders vertelden. Inspiratie vonden ze in internationaal onderzoek en bij een enkel buitenlands rolmodel. Zoals de Amerikaanse kinderarts Baruch Krauss, meester in de omgang met angstige kinderen, die ze vorig jaar in Boston opzochten. Krauss publiceerde twee jaar geleden in het New England Journal of Medicine een overzichtsartikel waaraan hij een fascinerende video toevoegde, die laat zien hoe hij in een paar minuten tijd bij angstige, afwerende kinderen vertrouwen oproept. Gewoon door hun nieuwsgierigheid te wekken, ze af te leiden, en dóór te babbelen terwijl hij ze onderzoekt of behandelt.

Vijf P's

Het team uit Maastricht bedacht een plan met vijf P's, van preventie, positie, psychologie, pijn en pharmacologie. Al snel volgde aansluiting bij kinderartsen uit het Amsterdamse OLVG, die op de spoedeisende eerste hulp met hetzelfde onderwerp bezig waren. Samen richtten ze een stichting op en nu geven ze elke maand een dag les aan collega's uit het hele land.

**Dr. Linda Franck, Jack and Elaine Koehn Endowed Chair in Pediatric Nursing, University of California, San Francisco (UCSF) School of Nursing and Director of Postnatal Research for the UCSF California Preterm Birth Initiative (PTBi-CA)**

Over Linda: The PTBi-CA is a multi-year, transdisciplinary research and implementation initiative to reduce the burden of preterm birth ([www.pretermbirthca.ucsf.edu](http://www.pretermbirthca.ucsf.edu/)). Dr. Franck leads a transdisciplinary research team, working in partnership with community and service provider stakeholders, to conduct research aimed at reducing disparities in health care access and health outcomes for preterm infants and their families. She is currently leading transformative work to change the care delivery model in neonatal intensive care, so that it better integrates families as partners in caregiving to achieve better developmental outcomes for preterm infants. Dr. Franck has extensive research experience in maternal, newborn, child and adolescent health and development as well as in hospital quality and safety and ethics. She has a particular interest in improving the patient and family experience of health care and has pioneered interventions to engage parents and children as partners in pain management and in research to improve quality of care and quality of life. She has over 200 peer-reviewed research and review publications. Findings from her research have influenced perinatal, neonatal and pediatric health care and health policy worldwide. Dr. Franck received her bachelor’s degree in nursing from the University of San Francisco and her master’s degree and PhD in nursing from UCSF. She rejoined the UCSF faculty in 2010, after a decade at the University College London, Institute of Child Health where she was the first Chair of Children’s Nursing Research in the UK

Titel presentatie: **Family-Centered Care: Why is it so important for children’s health?**

In this lecture, Prof. Franck will define Family-Centered Care and discuss how it is vital to children’s high quality healthcare for children. She will provide examples of how clinical care teams and hospital leaders can work together to implement or improve family-centered care in their settings.

Learning objectives: At the end of the session, participants will be able to discuss:

* The evidence for the importance of Family-Centered Care to children’s health outcomes;
* How hospital leaders and clinical care providers can actively support family-centered care in their settings.

Abstract:

Family-Centered Care is a philosophy that places the highest value on health care that

is provided in the context of the strengths and needs of a patient, their family and community.

It is also a model of healthcare care for children, wherein the patient and his/her family members are fully involved — in partnership with the health care team. In family-centered care, all aspects of care are oriented towards supporting and involving the family with the goal of improving quality, psychological well-being, clinical outcomes and the overall patient and family experience. Today, there is general consensus on the importance of family involvement in high quality care for hospitalized children, but the degree to which family-centered care is implemented in hospitals and health systems varies across institutions, countries and regions.

With the growth of outpatient primary and specialty care, children who are hospitalized

today are generally very sick and many require multiple hospitalizations or long stays. Parents face enormous challenges in negotiating the necessary referrals, insurance authorizations, financial requirements, government approvals and time off work for their children to receive needed healthcare. Parents often must arrange for care and support for other children at home during extended absences for their sick child’s specialty care. When the necessary pediatric specialty care is not available near home, transportation and accommodation uncertainties, challenges, and costs can become sources of extreme emotional and financial stress for families.

The evidence for the beneficial effects of family-centered care is strong and growing, with many different strategies to choose from. Equally strong is the evidence for supportive interventions to enable parents to be fully engaged in their child’s care. Hospital leaders and clinical care providers must work creatively to ensure that the model of care delivery, policies and practices are aligned and focused on high quality family-centered care that is consistently delivered as the standard of care.

Break out sessie Linda Franck:

Workshop Title: Implementing Family-Centered Rounds and Handovers: Improving care quality and safety in partnership with families

In this workshop, participants will learn about the latest research on family-centered medical rounds and nursing change-of-shift reports. They will discuss how to prepare, implement and evaluate family-centered rounds/handover protocols in their own settings and will receive practical tools and tips.

Learning objectives: At the end of the session, participants will be able to discuss:

* Key research demonstrating the impact of family-centered rounds/handovers in pediatric hospital settings;
* Best practices for implementing family centered rounds/handovers, including strategies for addressing barriers and facilitators.

Daily medical rounds, during which the child’s medical care is planned and decided, provide an important opportunity for communication and shared decision-making by parents and

the pediatric healthcare team. Parents can provide their expertise on their child’s daily care and family situation and contribute to treatment decisions. During nursing handover, the patient care plan and response to treatment are communicated from one nursing team to the next, over the course of a day. Family presence during medical rounds has also been reported to improve parents’ overall satisfaction with the hospital care their child receives. Studies suggest that 85–100% of parents are willing to participate in medical rounds, but it is not yet common practice because healthcare professionals may not fully recognize the value of parents’ contributions to clinical decision-making and care coordination.

A professional-centered care culture, concerns about medical education and parental stress are a few of the factors that may limit parental engagement in medical rounds and nursing handovers. Healthcare professionals working in pediatric hospital settings have expressed concerns that the parents being present may limit their own clinical discussions, curtail teaching, unduly lengthen rounds and compromise patient confidentiality, or may increase parents’ confusion and anxiety.

In this workshop, participants will have the opportunity to critically review the current evidence for family-centered rounds and handovers and engage with practical tools and tips for preparing for, implementing and evaluating family-centered rounds and handovers and addressing barriers.

**Ruud Wong Chung Kinderfysiotherapeut & onderzoeker
Merem Medische Revalidatie - Vrije Universiteit Amsterdam**

**Over Ruud:** Ruud Wong Chung is kinderfysiotherapeut, onderzoeker en onderwijskundige. Hij werkt al Al meer dan 25 jaar bij Merem Medische Revalidatie. Daarnaast combineert zijn klinische expertise met het ontwikkelen en verzorgen van onderwijs in gezondheidszorgonderwijs programma’s, in Nederland en internationaal. Hij is bijvoorbeeld docent binnen de Leerlijn Kinderneurorevalidatie van de Radboudumc Health Academy in Nijmegen, maar is ook betrokken (geweest) bij internationale programma’s in landen als Palestina, China en Ukraine. Op dit moment voert hij een PhD-project uit aan de Vrije Universiteit Amsterdam, gericht op eigen regie en zelfmanagement ondersteuning van ouders van kinderen met een chronische beperking in de kinderrevalidatie.

**Titel presentatie 123 naar eigen regie?! Is zelfmanagement vanzelfsprekend?**

*In deze presentatie wordt ingegaan op de ideeën over eigen regie en zelfmanagement van ouders van kinderen met een chronische aandoening en van de professionals die met hen werken.*

Abstract

PURPOSE: With the growing attention in pediatric rehabilitation services for supporting self-management, the need increases for more shared understanding of the concept. The aim of this study was to explore parent activation, associated factors of- and underlying perceptions on parental self-management of parents of children with chronic conditions.

MATERIALS AND METHODS: Using a mixed-methods strategy, first variations in self-management behaviors, motivation and perceived autonomy support were assessed with a cross-sectional survey among parents of children with chronic conditions (N = 239). Statistical analysis involved descriptive statistics and univariate analysis of variance. The survey was followed by 18 in-depth interviews with parents. Thematic analysis was used to recognize relevant topics in the qualitative data.

RESULTS: In the survey most parents reported being active self-managers. Nevertheless, only one third persisted in self-management when under stress. Autonomous motivation was strongly associated with parental self-management. In the interviews, parents mentioned attuning with professionals and finding balance as important aspects of self-management. To facilitate self-management, professionals were expected to have expert knowledge, be engaged and empathic.

CONCLUSION: From the perspective of parents, self-management should be viewed as a collaborative effort in which they are supported by professionals, rather than having to manage it "by themselves". Implications for rehabilitation To facilitate self-management, parents expect professionals to have expert knowledge and additionally show interpersonal competences as openness, engagement and empathy. Motivating parents may facilitate their level of self-management regarding the care for their child with a chronic disorder. Good communication and collaboration with professionals appear to be key aspects of parental self-management. Parents expect pediatric rehabilitation teams to tune their services to the needs, desires and expectations of parents to support them in "self-managing" the care for their child.

**Els van Wingerden, Seniorverpleegkundige met aandacht voor en expertise in FCC, MC/ HC Neonatologie WKZ Geboortecentrum, UMC Utrecht**Over Els: Als kinder- en neonatologie verpleegkundige heb ik 17 jaar op de kinderafdeling van Tergooiziekenhuizen locatie Hilversum gewerkt. Nu werk ik al weer 12 jaar als Seniorverpleegkundige op de MC/HC Neonatologie van het WKZ, UMC Utrecht. Mijn aandachtsgebied is de Familie Gerichte Zorg **Ellen Beukema, Neonatologie verpleegkundige en OGZ deskundige in training en onderwijs, MC/HC Neonatologie WKZ Geboortecentrum, UMC Utrecht**

Over Ellen: na mijn Inservice opleiding heb ik 5 jaar op de kinderafdeling van Zonnegloren in Soest gewerkt , daarna heb ik de NICU opleiding gedaan in het WKZ in Utrecht en heb ik daar nog een paar jaar gewerkt. Ik ben er toen een aantal jaren tussen uit geweest en sinds 12 jaar weer werkzaam op de MC/HC Neonatologie van het WKZ te Utrecht. Ik ben voorzitter van de werkgroep OGZ (Ontwikkelings Gerichte Zorg).

Leerdoel:Kunnen we op de afdeling Neonatologie gebruik maken van "Derden in de Zorg” zodat dit ouders ontlast en meerwaarde heeft, voor de zieke pasgeborene en voor naaste familieleden of vrienden?

 Samenvatting:

Voor ouders is de opname van hun pasgeboren kind op de afdeling Neonatologie een hele intensieve periode met veel stress. Ouders proberen zoveel mogelijk bij hun kind te zijn maar zijn zelf ook herstellende van de bevalling en moeten wennen aan de nieuwe gezinssituatie. Vaak zijn er veel zorgen en onzekerheden over hun zieke pasgeboren kind. Maar ook de thuissituatie vraagt vaak aandacht en zorg.

Uit onderzoek blijkt dat het belangrijk is om de naaste omgeving te laten delen in ervaringen in het ziekenhuis en op de afdeling. Vooral als de opname van hun pasgeboren kind langer gaat duren kan het voor ouders een lange weg zijn waarin zogenaamde "Derden in de Zorg" een steun kunnen zijn.

Wie zijn deze "Derden in de Zorg"?

"Derden in de Zorg" zijn maximaal 4 mensen uit de naaste omgeving van de ouders die zij zelf uitkiezen en die mogen participeren in de zorg voor hun kind, (ook) als ouders zelf niet aanwezig zijn. Ouders bepalen zelf wie de “Derden” zijn en wat die "Derden" wel of niet mogen doen in de zorg voor hun kind. Belangrijk is dat er samen met de verpleegkundigen duidelijke afspraken worden gemaakt over het inschakelen van "Derden" en dat die goed worden vastgelegd. In onze presentatie zullen we daar verder op in gaan.

Wij hebben dit project sinds een half jaar geïmplementeerd op de afdeling Neonatologie en hebben al mooie resultaten gezien in de praktijk. De eerste uitkomsten van verpleegkundig onderzoek laten zien dat ouders zich gesteund voelen doordat er iemand uit de naaste omgeving is die de opnameperiode van dichtbij heeft meegemaakt en ook heeft geparticipeerd in de zorg voor hun kind. Dit is waardevol tijdens de opname maar ook daarna als ouders weer thuis zijn met hun kind en zowel de ouders als hun kind moeten wennen in hun eigen omgeving zonder hulpverleners dichtbij.

Natuurlijk zijn er ook vragen geweest bij het inschakelen van “Derden in de Zorg. Die vragen gingen bijvoorbeeld over de hygiëne, over de kwaliteit van de zorg door “Derden”, over privacy en over een goede waarborg van de identificatie van de “Derden”. Geen van deze vragen heeft in de praktijk geleid tot toename van risico’s maar aandacht hebben voor deze vragen is essentieel voor het slagen van dit project.

**Prof. Monique van Dijk, Hoogleraar Verplegingswetenschap, afdeling Interne Geneeskunde en Kinderheelkunde, Erasmus MC, Rotterdam**

Over Monique: ik begon mijn loopbaan in 1978 met de in-service opleiding tot A-verpleegkundige in het toenmalige Dijkzigt ziekenhuis. Na drie maanden vooropleiding werd je in het diepe gegooid. Ik ging dus direct de praktijk in en ik vond het meteen geweldig! Ik voelde me als een vis in het water.

Na mijn opleiding heb ik onder andere als wijkverpleegkundige gewerkt, in een perifeer ziekenhuis en in een verpleeghuis. De afgelopen 22 jaar ben ik als senior onderzoeker en universitair hoofddocent bezig geweest met het uitvoeren en begeleiden van klinisch onderzoek. Nu doe ik dat vanuit de positie van hoogleraar met hulp van een team aan onderzoekers met een verpleegkundige achtergrond. Een mooie positie van waaruit ik het verpleegkundig onderzoek verder kan stimuleren

Leerdoel: de verschillende barrieres rondom patient en familiegerichte zorg leren inzien en mogelijke oplossingen leren herkennen

Titel presentatie Patient- en Familiegerichte zorg: do’s and don’ts

De laatste jaren wordt er terecht veel aandacht besteed aan patient- en familiegerichte zorg. Tijdens deze presentatie wordt besproken wat dit in de Nederlandse zorg voor gevolgen heeft gehad. Tijdens deze lezing worden ook enkele do’s and don’ts besproken voor hulpverleners en wordt op het symposium teruggeblikt.

[**Maarten Onderdelinden**](https://kinderfondssymposium.nl/project/maarten-onderdelinden/)**, docent, NOBCO-coach op practitioner-niveau en lid van MINT het Motivational Interviewing Network of trainers**

Over Maarten: Maarten is zijn leven lang al gefascineerd door mensen en waarom zij doen wat zij doen en zijn wie ze zijn. Inmiddels werkt hij al heel wat jaren met mensen. Via de gehandicaptenzorg (toevallig ingerold als vakantiebaantje) naar het begeleiden van groepen, het geven van trainingen op scholen, in de bajes en bij de reclassering naar het opleiden van professionals binnen gemeentes, scholen, de (verslavings)reclassering, Hogeschool Rotterdam, de GGD, de GGZ en GZ-psychologen. Veel van zijn eigen veranderingen en ontwikkelingen heeft hij “the hard way” moeten leren want het was nogal een koppige puber en adolescent. Eigenlijk nog wel iets langer, maar dat ontkent hij stellig.

Zijn aanpak kenmerkt zich door wetenschappelijk onderbouwde methodes te combineren met veel energie, speelse humor en professionele betrokkenheid. Hij traint mensen graag om kleine stappen te zetten richting grote doelen. Soms provocerend en actief, soms bewust heel lui, maar altijd gericht op wat mensen en organisaties nodig hebben om te groeien. Vol verwondering kijkt hij tijdens dit proces naar ieders uniciteit en werkt hij aan het versterken hiervan. Naast zijn vrouw en 2 zoons neemt ontwikkeling en scholing een belangrijke plaats in zijn leven in. Zijn moeder was docent en zijn vader ondernemer. Je zou kunnen zeggen dat hij van beiden wat heeft meegekregen. De afgelopen 12 jaar volgde hij een kleine 30 trainers- en coachingsopleidingen.

De belangrijkste drie leiden tot de unieke mix van de Nieuwe Attitude. Hiernaast is Maarten bevoegd docent, NOBCO-coach op practitioner-niveau en lid van MINT het Motivational Interviewing Network of trainers. Ook is hij aangesloten bij de NOBTRA. De Nederlandse orde voor beroepstrainers.

**Titel workshop: Coachend begeleiden**
Soms heb je gesprekken waar jij heel erg hard aan het werk bent. Je hebt goede ideeën over de zorg van het zieke kind en de rol van de ouders. Toch worden deze goede ideeën niet altijd overgenomen of gewaardeerd. Hoe blijf je ouders coachen zonder dat je teveeloverneemt en ouder(s)/verzorgers afhankelijk worden? Vanuit de principes van motiverende gespreksvoering leer je samen te werken met ouders waardoor zij meer in hun kracht komen te staan. Samen kom je tot een advies op maat en een plan dat bij de ouders past. Een dynamische en interactieve training.

Leerdoelen:

* Je leert de basisprincipes van een coachende attitude i.p.v. een sturende attitude;
* Je leert focus een te brengen in je gesprekken;
* Je leert hoe je voorkennis bij de ouders kunt activeren;
* Je leert op welke wijze je informatie en advies kunt geven afgestemd op de behoefte van de ouder;

[**Mamoun Loukilo**](https://kinderfondssymposium.nl/project/mamoun-loukili/)**, senior-opleidingskundig coördinator interventies, Reclassering Nederland**

Over Mamoun: 47 jaar en van Nederlands-Marokkaanse afkomst en noemt

zich bi-cultureel. In zijn dagelijkse werk is hij senior opleidingskundig coördinator interventies

bij het opleidingsinstituut van Reclassering Nederland. Zijn specialisme ligt op het vlak van

Inclusie en diversiteit. Ook ontwikkelt hij (maatwerk)trainingen op dit gebied. Heeft diverse

projecten gedaan voor o.a. de verslavingszorg, Sportbonden (KNVB, KNKV, Atletiekunie),

Dienst Justitiële Inrichtingen, Reclassering, Motto van deze trainer is: “We zijn allemaal

gelijkwaardig, maar niet gelijk!”

Titel workshop: Interculturele communicatie; we zijn allemaal gelijkwaardig, maar niet gelijk!

Omschrijving workshop: Een succesvolle werkalliantie hangt van diverse factoren af. Een van de factoren is de vaardigheid van jou als verpleegkundige in omgaan met culturele diversiteit.

Je leert gemakkelijk en effectief omgaan met mensen van andere culturen, die in aard sterk

kunnen afwijken van je eigen cultuur. Daarnaast ontstaat er meer bewustwording van het

eigen referentiekader. Ook krijg je praktische handvatten hoe hier effectiever mee om te

gaan.

Leerdoelen:

* bewust zijn van eigen referentiekader
* basiskennis van culturen en religie
* een goede werkalliantie weten op te bouwen met je patiënt en familie
* verschillende communicatietechnieken kunnen toepassen
* kunnen toepassen van het 3-stappenmodel

**Vivi Buijs, adviseur kwaliteit en programmamanager Samenzorg, Erasmus MC, Rotterdam**

 **Over Vivi**:Vivi Buijs, voormalig kinderverpleegkundige in het Erasmus MC Sophia kinderziekenhuis en gedurende meerdere jaren verpleegkundig manager geweest. Vanuit de functie van adviseur kwaliteit ervaring met kwaliteit, veiligheid en logistieke projecten. De laatste 4 jaar coordinator van het PFCC kernteam en als programmamanager verantwoordelijk voor de implementatie van PFCC inhet ziekenhuis.

 **Patricia M.J. Kalkman, Kinderarts, Erasmus MC, Rotterdam

Over Patricia:** Patricia Kalkman, is kinderarts op het Kinderthorax Centrum, Sophia kinderziekenhuis te Rotterdam. Zij is als algemeen superviserend kinderarts verantwoordelijk voor coordinatie van multidisciplinaire zorg aan de patienten. Tevens werkt zij in de follow-up van extreem prematuur geboren kinderen. In het Sophia kinderziekenhuis is zij betrokken geweest bij de implementatie en vormgeving van Samenzorg. Tevens is zij als docent, blokcoordinator, en vanuit de onderwijscommissie betrokken bij de bachelor en master opleiding op de faculteit geneeskunde van de Erasmus Universiteit. In deze hoedanigheid mocht zij vorig jaar de MORE-prijs voor “beste docent 2018” ontvangen.

Titel training: **Time to team up in Patient and Family Centered Care education!**
Tijdens deze workshop is er aandacht voor de rol van ouders als docent in het multidisciplinaire team en willen we de deelnemers middels simulatietraining laten zien hoe je vanuit de waarden van PFCC escalatie-gesprekken met ouders aan kan gaan.

Voorbeeld Casus:

|  |
| --- |
| Patient and Family Centered Care ScenarioCasus overview en logistiekScenario: Het delen van zorgen over veiligheid |
| Doelen | 1. Het identificeren van uitdagingen als professionals denken dat ouders onveilig gedrag laten zien
2. Gebruik gewenste communicatie technieken om transparant de zorgen van de professionals te delen ten aanzien van het onveilige gedrag waardoor de vertrouwensrelatie tussen professionals en ouders blijft bestaan.
3. Leer hoe je vertrouwen kan behouden/herwinnen tijdens een communicatie break-down
 |
| Familie samenstelling | Vader: Tom de Boer; Moeder: Lisa de BoerPatient: Sophie de Boer, 5 mnd, opgenomen ivm gewichtsproblemen |
| Achtergrond van de casus | Sophie de Boer is een 5 maanden oud meisje welke net is opgenomen op afdeling Medium Care Kindergeneeskunde met de diagnose: Failure to thrive. Zij is a term geboren middels een ongecompliceerde bevalling en heeft een goede start gehad.Sophie was met 7 dagen terug op haar geboortegewicht. Hierna zien we dat het groeien van Sophie moeizamer gaat. Met 4 maanden is zij doorgestuurd naar de kinderarts en hier is gezien dat bij Sophie haar gewicht en lengte onder de groeicurve zitten. Dit is de reden dan Sophie is opgenomen om verder onderzoek te doen naar de mogelijke oorzaken van haar Failure to thrive. Zij is gistermiddag opgenomen en het anamnesegesprek is gedaan. Rond 23 uur zag de verpleegkundige dat de vader, Tom, Sophie uit haar eigen bed heeft gepakt en dat zij samen in het bed van vader sliepen. De verpleegkundige heeft uitgelegd dat dit niet veilig is en dat dit tegen de regels van het ziekenhuis is. Tom reageerde gefrustreerd, maar legde Sophie wel terug in haar bed voor de nacht. De verpleegkundige heeft haar dienst gecontinueerd en Sophie verder verzorgd.Sophie’s moeder, Lisa, kwam vanmorgen voor haar werk even vroeg naar het ziekenhuis. Toen de verpleegkundige van de dagdienst langskwam om haar dienst te beginnen en vroeg hoe Sophie haar nacht is geweest reageerde ouders geirriteerd en vroegen de verpleegkundige om de kamer te verlaten omdat ze het zat waren dat de verpleegkundige alleen maar binnen kwamen en een oordeel hadden over hoe zij met hun dochter omgaan. |
| Leer taken | De senior verpleegkundige en verpleegkundige die voor Sophie zorgt zijn gevraagd om vader, Tom, te ontmoeten en transparant de veiligheidsissues rondom Sophie en het slapen bij ouders in bed te bespreken. |

Lilian Otjes, projectleider Family Integrated Care en Angelina Roelse, neonatologie verpleegkundige, OLVG, Amsterdam

**Leerdoel**

**Dilemma’s in ouderparticipatie op de neonatologie afdeling** (geschikt voor neo-verpleegkundigen)
In deze sessie word je perspectief op FCC verrijkt door op een speelse manier op dilemma’s in te gaan en op basis van praktijkervaringen ideeën uit te wisselen. Wat wie herkent niet de vraag of een slapende ouder wakker gemaakt moet worden om zijn/ haar kindje te verzorgen. Wat doe je bijvoorbeeld als je merkt dat een gezin er emotioneel nog niet klaar voor is naar huis te gaan, maar dit technisch wel kan.