

IN DE VALLEI

PILOT NAAR IMPLEMENTATIE VAN DE LANDELIJKE PIJNANAMNESE

FRANK VAN DER BOOM
INGE TER MAAT
SANNEKE WESTERLAKEN-DORRESTEIJN

INM
JUN
2009

COLOFON

Uitgegeven door:	Frank van der Boom - 020463 Inge ter Maat - 050228 Sanneke Westerlaken-Dorresteyn - 051805 Meesterproef Christelijke Hogeschool Ede Opleiding HBO Verpleegkunde In opdracht van Ziekenhuis Gelderse Vallei
Begeleider CHE:	Dhr. L. Walraven, docent afdeling verpleegkunde
Opdrachtgever:	Mw. E.F.W. Kleijer, verpleegkundig specialist oncologie
Datum:	Juni 2009
Status:	Definitief

© 2009

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteurs.

All rights reserved. No portion of this thesis may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means – electronic, photocopy, recording or any other – except for brief quotations in printed reviews without prior permission of the author.

Samenvatting

De Landelijke Werkgroep Pijnanamnese heeft in 2006 de Landelijke Pijnanamnese (verder pijnanamnese genoemd) ontwikkeld. De pijnanamnese draagt bij aan de systematische beoordeling van pijn; hier kan vervolgens de behandeling op afgestemd worden.

Uit onderzoek is gebleken dat als pijn adequater behandeld wordt en patiënten sneller pijnvrij zijn, de kans op complicaties naar aanleiding van pijn aanzienlijk kleiner is. De pijnanamnese wordt echter nauwelijks gebruikt in Ziekenhuis Gelderse Vallei. Dit is reden geweest om de volgende vraag te formuleren:

Wat is nodig om de Landelijke Pijnanamnese te implementeren en te borgen op de niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei?

Om deze vraag te beantwoorden is een pilot uitgevoerd op drie niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei. Dit onderzoeksverslag is hiervan het resultaat. Allereerst is, middels een enquête, een nulmeting uitgevoerd onder verpleegkundigen, verzorgenden, leerlingen en stagiaires. Dit om in kaart te brengen in welke mate zij kennis hebben van pijn en pijnmeting en in hoeverre zij hier gebruik van maken. Vervolgens is de pijnanamnese met bijbehorende cijfermatige pijnmeting geïmplementeerd op de pilotafdelingen. Afsluitend heeft een effectmeting plaatsgevonden.

De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek is dat, in de relatief korte periode die beschikbaar was voor de pilot, een flinke slag gemaakt is. Als gevolg van de pilot heeft een duidelijke groei plaatsgevonden in de kennis van de verpleegkundigen over pijn en pijnbehandeling en in het gebruik van de pijnanamnese. Ook zijn verpleegkundigen zich meer verantwoordelijk gaan voelen voor de behandeling van pijn. Dit resultaat laat zien dat een positieve start is gemaakt met de implementatie van de pijnanamnese. Naar aanleiding van deze conclusies zijn aanbevelingen gedaan voor implementatie van de pijnanamnese op overige niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	7
1. INLEIDING	9
1.1 AANLEIDING.....	9
1.2 OPBOUW VAN HET ONDERZOEKSVERSLAG.....	10
1.3 PROBLEEMSTELLING	11
2. LITERATUUR	13
2.1 PIJN	13
2.2 PIJNANAMNESE	15
2.3 BEHANDELING VAN PIJN.....	16
2.4 VERPLEEGKUNDIGE ROL.....	17
3. ONDERZOEK.....	19
3.1 ONDERZOEKSOPZET	19
3.2 VERANTWOORDING	19
3.3 GEGEVENSVERWERKING	21
4. IMPLEMENTATIEPLAN PILOT	23
4.1 ALGEMENE GEGEVENS.....	23
4.2 FASE 1 - ORIËNTATIE	24
4.3 FASE 2 - INZICHT	25
4.4 FASE 3 – ACCEPTATIE	25
4.5 FASE 4 – VERANDERING	26
4.6 FASE 5 – BEHOUD	27
5. RESULTATEN.....	29
5.1 RESPONS.....	29
5.2 INTERPRETATIE VAN DE GRAFIEKEN	31
5.3 RESULTATEN KENNIS.....	33
5.4 RESULTATEN GEBRUIK	36
5.5 RESULTATEN KWALITEITSVRAAG	40
5.6 RESULTATEN EVALUATIE	43
6. CONCLUSIES.....	47
6.1 KENNIS.....	47
6.2 GEBRUIK	47
6.3 KWALITEIT	49
6.4 EVALUATIE	49
6.5 EINDCONCLUSIE	51
7. AANBEVELINGEN	53
7.1 HUIDIGE IMPLEMENTATIE.....	53
7.2 TOEKOMSTIGE IMPLEMENTATIE	53
7.3 OVERIG	53
8. DISCUSSIE	55
8.1 ONDERZOEKSMETHODE.....	55
8.2 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK	55
LITERATUURLIJST	57

BIJLAGEN	61
1. HANDLEIDING LANDELIJKE PIJNANAMNESE	65
2. LANDELIJKE PIJNANAMNESE	67
3. HANDLEIDING PIJNEVALUATIE	69
4. PIJNEVALUATIE	70
5. IMPLEMENTATIEPLAN VOOR PIJNTEAM	71
6. VERANTWOORDING ENQUÊTES	76
7. ENQUÊTE NULMETING	79
8. ENQUÊTE EFFECTMETING	84
9. PATIËNTENFOLDER	89
10. FUNCTIEOMSCHRIJVING VAP-ER.....	91
11. BESLISBOOM	92
12. POSTERS	93
13. INFORMATIEBRIEF MEDISCH SPECIALISTEN	94
14. INFORMATIEBRIEF VERPLEEGKUNDIGEN.....	96
15. NIEUWSBERICHT ZIP	98
16. HAND-OUT KLINISCHE LES	99
17. OVERIGE RESULTATEN	102

Voorwoord

Voor u liggen de resultaten van ons onderzoek dat wij het afgelopen semester hebben uitgevoerd. Dit onderzoek geldt als onze proeve van bekwaamheid voor de Bachelor opleiding tot verpleegkundige. Dit maakt het onderzoek voor ons extra bijzonder.

Tweederde van de projectgroep heeft op de afdeling oncologie stage gelopen. Hier bleek het gebruik van de pijnanamnese en de cijfermatige pijnmeting niet meer consequent te zijn. Wij werden echter wel geconfronteerd met patiënten die te lang bleven liggen met hevige pijn. Dit motiveerde ons om te onderzoeken waarom verpleegkundigen geen gebruik maken van hulpmiddelen voor pijnbehandeling en wat nodig is om dit te veranderen. De omvang van het project werd toen al gauw duidelijk. Het project was te groot om uit te voeren tijdens de stage en is overgegaan in ons afstudeeronderzoek. Het idee ontstond om, naast de afdeling oncologie, de hele Gelderse Vallei pijnvrij te krijgen. Dit heeft geresulteerd in een projectopdracht waar wij met veel plezier aan gewerkt hebben.

Dit rapport had hier niet gelegen zonder de hulp van Wilma Kleijer, verpleegkundig specialist oncologie van Ziekenhuis Gelderse Vallei, en Leen Walraven, meesterproefbegeleider vanuit de Christelijke Hogeschool Ede. Dankzij hun toewijding zijn we tot dit resultaat gekomen.

Daarnaast willen wij via deze weg de verpleegkundigen en overige medewerkers van Ziekenhuis Gelderse Vallei bedanken die meegewerkt hebben aan dit onderzoek.

Frank van der Boom

Inge ter Maat

Sanneke Westerlaken-Dorresteyn

Juni 2009

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zij de aanleiding, de opzet en de probleemstelling van het onderzoek beschreven.

1.1 Aanleiding

Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) in Ede is een groot algemeen ziekenhuis waar kwaliteit en patiëntveiligheid hoog in het vaandel staan. ZGV streeft naar het bieden van kwalitatief hoogwaardige medische zorg op een betrokken en patiëntgerichte wijze. Inherent hieraan is dat zij continu streeft de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Om pijn bij patiënten zo effectief mogelijk te behandelen heeft ZGV een pijnteam. Zij zijn erop gericht patiënten zo snel mogelijk pijnvrij te krijgen. Dit team is tot op heden voornamelijk actief op de chirurgische afdelingen van het ziekenhuis.

In de media is de afgelopen tijd naar voren gekomen dat bijvoorbeeld pijn bij kanker onderbehandeld is. Drs. M. van den Beuken-van Everdingen, van het Maastricht UMC Oncologiecentrum, geeft aan dat uit eerder onderzoek is gebleken dat met de juiste medicatie 85 tot 90 procent van de patiënten met kanker pijnvrij kan zijn. Daarnaast is verbetering mogelijk als in contacten met patiënten meer aandacht wordt besteed aan het onderwerp en de zorgverleners zich bewust worden van het probleem. (Maastricht, UMC+, 2009)

Verpleegwetenschapper W.H. Oldenmenger geeft aan dat pijn niet alleen een veelvoorkomend probleem is bij oncologische patiënten maar ook bij patiënten met andere interne problematiek. Daar komt bij dat onderbehandelde acute pijn kan leiden tot medische complicaties, het herstel kan vertragen of zelfs kan leiden tot chronische pijn. Oplossingen liggen niet in nieuwe pijnbestrijdingsmethoden maar in een systematische beoordeling van pijn ten einde deze pijnbestrijdingsmethoden effectief in te zetten. (Oldenmenger et al, 2006)

In 2006 heeft de Landelijke Werkgroep Pijnanamnese de Landelijke Pijnanamnese (pijnanamnese) ontwikkeld, deze is te vinden in bijlage 2. De pijnanamnese draagt bij aan de systematische beoordeling van pijn. Naar aanleiding van de pijnanamnese kunnen interventies ten behoeve van de behandeling van pijn gepland worden.

Als pijn adequater behandeld wordt en patiënten sneller pijnvrij zijn is de kans op complicaties naar aanleiding van pijn aanzienlijk kleiner. Aangenomen dat patiënten graag pijnvrij willen zijn kan gesteld worden dat vermindering van pijn een verbetering van de kwaliteit van zorg impliceert. Immers, kwalitatief goede zorg is verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. (Jong et al, 2003)

Tot op heden is het pijnteam nog niet actief op de niet-snijdende afdelingen van ZGV. Gesteld kan worden dat wat betreft de behandeling van pijn nog een slag te maken valt. Bovenstaande is aanleiding geweest voor ZGV om de volgende opdracht te formuleren:

Van de studenten wordt gevraagd op drie niet-snijdende afdelingen (te weten interne 2, neurologie en oncologie) de pijnmeting en de pijnanamnese te implementeren. Deze afdelingen dienen als pilotafdelingen voor de implementatie op alle niet-snijdende afdelingen.

Belangrijke vraag in de pilot is: wie moet zorgdragen voor de borging? Onder wiens verantwoordelijkheid gaat dat vallen? Of wel: van de studenten wordt verwacht dat zij de pilot afsluiten met adviezen voor borging en voor implementatie op alle niet-snijdende afdelingen.

Samengevat: het project omvat twee aspecten:

1. Pilot naar de implementatie van de pijnmeting en de pijnanamnese op een drietal niet-snijdende afdelingen.
2. Advisering met betrekking tot implementatie op alle niet-snijdende afdelingen en borging van de geïmplementeerde producten.

Het proces van de implementatie van de pijnanamnese is onlosmakelijk verbonden met de implementatie van de pijnmeting; de pijnmeting geeft de indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese en is een belangrijke graadmeter voor de evaluatie hiervan. Als de Landelijke Pijnanamnese of pijnanamnese genoemd wordt, houdt dit derhalve ook de pijnmeting in.

1.2 Opbouw van het onderzoeksverslag

In hoofdstuk 1 zijn de probleemstelling en de hierbij behorende vraagstelling beschreven. Hoofdstuk 2 bevat een korte literatuurstudie over pijn, pijnmeting, pijnbehandeling en verpleegkundige rol.

In hoofdstuk 3 wordt het onderzoek beschreven, de wijze van dataverzameling en de keuze van meetinstrument.

Het implementatieplan staat uitgewerkt in hoofdstuk 4.

De resultaten worden beschreven in hoofdstuk 5, waarna in hoofdstuk 6 de conclusies worden getrokken.

In hoofdstuk 7 staan aanbevelingen om de pijnanamnese effectief te kunnen implementeren op alle niet-snijdende afdelingen van ZGV.

Hoofdstuk 8 bevat de discussie.

1.3 Probleemstelling

1.3.1 Doelstelling

In juli 2009 zijn aanbevelingen geformuleerd ten behoeve van de implementatie en borging van de Landelijke Pijnanamnese op alle niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei naar aanleiding van een pilot op drie niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei, te weten interne 2, neurologie en oncologie.

1.3.2 Vraagstelling

Wat is nodig om de Landelijke Pijnanamnese te implementeren en te borgen op de niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei?

1.3.3 Deelvragen

1. Wat zijn de uitkomsten van de pilot van de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese?
2. Wat zijn aanbevelingen voor de implementatie op de overige niet-snijdende afdelingen vanuit de verpleegkundige beroepspraktijk naar aanleiding van de pilot van de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese?
3. Wat zijn de aanbevelingen ten aanzien van de borging van de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese op de niet-snijdende afdelingen vanuit de verpleegkundige beroepspraktijk naar aanleiding van de pilot van de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese?

1.3.4 Verpleegkundige relevantie

De gemeenschappelijke doelstelling van de gezondheidszorg (Leistra, 1999) is:

- het bevorderen en in stand houden van gezondheid;
- het voorkomen van ziekte en handicap;
- het bijdragen aan genezing en herstel van ziekte;
- het verlichten van lijden en ongemak.

Verpleegkundigen (hieronder worden verpleegkundigen, verzorgenden, leerlingen en stagiaires verstaan) worden geacht een bijdrage te leveren aan het behalen van deze gemeenschappelijke doelstelling van de gezondheidszorg. (Leistra, 1999)

Pijn is in lichtere mate te kwalificeren als ongemak en in een meer hevige mate als lijden. Daarnaast kan pijn complicaties veroorzaken en vertraagt zij het proces van genezing en herstel van ziekte. Aangenomen dat patiënten graag pijnvrij zijn, zal een vermindering van pijn de kwaliteit van zorg verbeteren. Het doel van de pijnanamnese is om pijn goed in kaart te brengen zodat de juiste pijnmedicatie voorgeschreven kan worden en de patiënt zo snel mogelijk pijnvrij is. De pijnanamnese is derhalve een middel om het lijden en ongemak van de patiënt te verlichten en bij te dragen aan

genezing en herstel van ziekte. Hierdoor draagt zij bij aan de gemeenschappelijke doelstelling van de gezondheidszorg.

2. Literatuur

In dit hoofdstuk zal, op basis van een oriënterende literatuurstudie, een omschrijving gegeven worden van de begrippen die gehanteerd worden in dit onderzoek.

2.1 Pijn

2.1.1 Definitie

De definitie van pijn wordt in verschillende bronnen verschillend omschreven.

Eén van de eerste definities van pijn werd gegeven door Margo McCaffery in 1968. 'Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does'. (McCaffery, M., 1968) Een recentere bron geeft nagenoeg dezelfde definitie: 'Pijn is dat wat degene die pijn heeft zegt dat het is.' (Klaren en Van der Meer, 2004) Het Van Dale woordenboek geeft de definitie: 'Pijn, de; v(m) -en 1 onaangenaam gevoel in (een deel van) het lichaam: 2 verdriet.' (Van Dale, 2008)

De International Association for the Study of Pain (IASP) geeft de volgende definitie: 'pijn is een onaangename sensorische of emotionele ervaring samenhangend met actuele of potentiële weefselbeschadiging of beschreven in termen van een dergelijke beschadiging'. (Redactie Palliatieve zorg: richtlijnen voor de praktijk, 2008)

Het moge duidelijk zijn dat pijn iets is dat alleen met behulp van de patiënt te meten is en waarvan geen objectieve metingen mogelijk zijn.

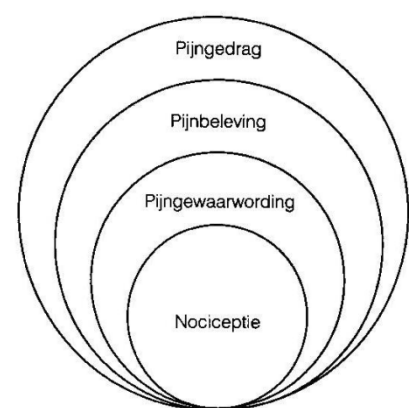
Opvallend is dat de definities van Klaren en Van der Meer niet vermelden wat de oorzaak is van de pijn, terwijl de IASP duidelijk aangeeft dat sprake is van weefselbeschadiging.

2.1.2 Pijngedrag

Een bekend model omtrent pijngedrag is het model van Loeser, figuur 2.1.2.1. Dit model bestaat uit vier cirkels die vier stappen vertegenwoordigen. De eerste stap is de nociceptie; de oorzaak van de pijn. Deze wordt weergegeven door de binnenste cirkel. De tweede stap is de pijngewaarwording waarop de derde stap, de pijnbeleving volgt. Als laatste vindt het pijngedrag plaats.

De stappen volgend op de nociceptie zijn per persoon verschillend, wat nog eens onderstreept hoe subjectief pijn is.

Omdat de beleving van pijn dermate subjectief is, is het niet verwonderlijk dat iedere mens verschillend pijngedrag laat zien. Carpenito (2002) noemt echter een aantal symptomen die aanwezig kunnen zijn bij mensen met pijn:



figuur 2.1.2.1

Verandering in slaappatroon	Lichamelijke inactiviteit	Gebalde vuisten
Op elkaar geklemde kaken	Concentratieproblemen	Gespannen zijn
Terugtrekken bij aanraking	Ongebruikelijke houding	Prikkelbaar
Wrijven over pijnlijke plek	Verbeten gelaatstrekken	Kreunen
Dichtgeknepen ogen	Misselijkheid en braken	Angst

2.1.3 Soorten pijn

Nociceptieve pijn

Nociceptieve pijn wordt veroorzaakt door weefselbeschadiging. Botmetastasen of infiltratie van weke delen of ingewanden zijn bij oncologische patiënten vaak aanleiding tot nociceptieve pijn. Daarnaast komt nociceptieve pijn voor bij patiënten die een operatie hebben ondergaan. Nociceptieve pijn is de zogenaamde 'gewone pijn'.

Neuropathische pijn

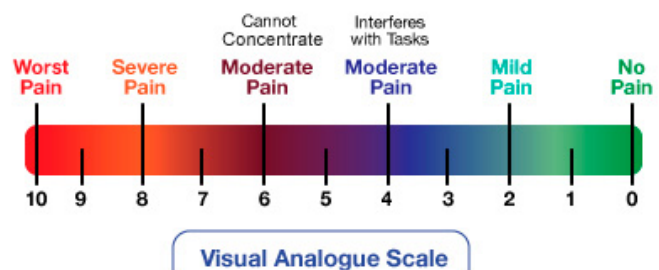
Naast nociceptieve pijn wordt ook neuropathische pijn onderscheiden. Deze pijn ontstaat als gevolg van zenuwbeschadiging door bijvoorbeeld tumoringroei of tumorcompressie. Ook kan radiotherapie neuropathische pijn veroorzaken en fantoompijn na een operatieve ingreep, bijvoorbeeld een amputatie, valt ook onder neuropathische pijn. Neuropathische pijn wordt ook wel 'zenuwpijn' genoemd. (De Graeff et al, 2006)

Psychische pijn

Naast nociceptieve en neuropathische pijn kan pijn ook duidelijk een psychische component of zelfs oorzaak hebben. Een bekend voorbeeld is hoofdpijn die kan optreden naar aanleiding van psychologische spanning. Gesteld wordt dat alle pijn mede psychisch bepaald wordt, de beleving van pijn is immers subjectief. Pijn vindt derhalve te allen tijde haar oorsprong in zowel het somatische als het psychische. (Van Cranenburgh, 1993)

2.1.4 Meten van pijn

Omdat pijn beleefd wordt door de patiënt is het de patiënt die aan moet geven in welke mate de pijn aanwezig is. Een bekende methode is het gebruiken van de Visual Analog Scale (VAS), de pijnschaal, figuur



figuur 2.1.4.1

2.1.4.1. Deze methode wordt ook wel de Pijnintensiteits Meting (PIM) genoemd. Met behulp van deze schaal kan op het moment gemakkelijk een korte pijnmeting gedaan worden. De patiënt wordt gevraagd op de schaal aan te geven hoeveel pijn hij heeft. Hierbij staat het begin van de schaal, aangeduid met nul, voor geen pijn, en uiterst

rechts, aangeduid met tien, voor de ergst denkbare pijn. In behandeling van pijn wordt gestreefd naar een pijnscore van lager dan vier. (Oldenmenger et al, 2006)

Het is belangrijk dat de patiënt goed geïnstrueerd is over het gebruik van de pijnscore en de betekenis van de verschillende waarden. Hiervoor is een informatiefolder, die elke patiënt bij opname uitgereikt krijgt, een goed hulpmiddel. De folder is te vinden in bijlage 9. Als een patiënt begrijpt hoe het scoren van de pijn werkt geeft hem dat een stukje autonomie. De drempel om de pijn concreet te benoemen wordt lager en de patiënt geeft eerder aan als de pijn veranderd.

2.2 Pijnanamnese

2.2.1 Belang pijnanamnese

Onderzoek heeft aangetoond dat door het gebrek aan systematische beoordeling van pijn ten einde pijnbestrijdingsmethoden adequaat toe te passen, pijn nog steeds onderbehandeld wordt. Pijn zou daarom multidimensioneel inzichtelijk moeten worden gemaakt met behulp van een pijnanamnese. (Oldenmenger et al, 2006)

Het dagelijks registreren van de pijnintensiteit kan tot gevolg hebben dat verpleegkundigen en artsen meer met de patiënt en met elkaar over pijn praten. Dit is gebleken uit promotie-onderzoek van verpleegkundige/verplegingswetenschapper De Rond (2001). Hierdoor krijgen verpleegkundigen meer inzicht in de pijnklachten van patiënten. Daarnaast worden vaker gegevens over pijn in het verpleegdossier gerapporteerd. Dit heeft tot gevolg dat artsen sneller pijnstillers voorschrijven en verpleegkundigen deze pijnstillers verstrekken. Het gevolg is dat patiënten uiteindelijk minder pijn ervaren. (Francke, 2003)

In 2006 heeft de werkgroep van het Landelijk Verpleegkundig Pijnnetwerk een landelijke, uniforme, valide en betrouwbare pijnanamnese ontwikkeld die makkelijk af te nemen is en bruikbaar is voor verpleegkundigen. (Oldenmenger et al, 2006)

De pijnanamnese is een hulpmiddel bij het verhelderen van het pijnprobleem, het stellen van (verpleegkundige) diagnoses en het afspreken van interventies. De pijnanamnese draagt zodoende bij aan een systematische beoordeling van de pijn (Handleiding pijnanamnese, 2006)

De informatie die de pijnanamnese oplevert geeft meer aanknopingspunten dan bijvoorbeeld alleen de pijnscore. Zo gaat de pijnanamnese ook in op het tijdstip waarop de pijn het hevigst wordt ervaren, de locatie van de pijn en het type pijn. Met deze informatie kunnen de verpleegkundige en de arts een effectieve pijnbehandeling inzetten.

Door op een adequate manier te interveniëren bij pijn mag aangenomen worden dat de pijnbestrijding effectiever wordt. Dit houdt in dat de pijn die de patiënt ervaart, vermindert en de kwaliteit van leven van de patiënt verbetert. Gebruik van een

instrument om systematische de pijn te beoordelen, zoals een pijnanamnese, verbetert de behandeling van de pijn en verhoogt daarmee de kwaliteit van zorg.

2.2.2 Het gebruik van de pijnanamnese

De eerste stap bij het in kaart brengen van de pijn van de patiënt is altijd de pijnscore.

Scores lager dan vier geven aan dat de pijn weinig belemmerend is voor het functioneren van de patiënt en dat hij hier weinig ongemak van ondervindt. Een indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese is een pijnscore van vier of hoger. (Oldenmenger, 2009) Bij een lagere pijnscore kan ook gekozen worden om de pijnanamnese in te vullen wanneer verwacht wordt dat dit nieuwe inzichten geeft over pijn en de behandeling van pijn. De pijnanamnese wordt ingevuld door de verpleegkundige, in samenwerking met de patiënt. De Handleiding Pijnanamnese (2006) gaat dieper in op het gebruik van de pijnanamnese; deze is te vinden in bijlage 2.

Naar aanleiding van de afgenomen pijnanamnese kunnen vervolgens interventies worden toegepast. Hierbij is het van groot belang dat verpleegkundigen over voldoende kennis beschikken omtrent pijn en pijnbestrijding. Dit zorgt ervoor dat de verpleegkundige na het afnemen van de pijnanamnese de arts kan informeren zodat de arts aan de hand van de verpleegkundige observaties het behandelplan kan aanpassen.

2.2.3 Interventies

Naar aanleiding van de pijnanamnese kunnen concrete interventies toegepast worden. Deze interventies zijn afhankelijk van de situatie en kunnen derhalve per patiënt verschillen. Pijnbestrijding is effectief als de pijn onder pijnscore vier komt of 30% daalt. (Landelijke werkgroep richtlijn pijn bij kanker, 2008) Om het bruikbaar te maken in de praktijk, wordt in deze pilot de pijnbestrijding effectief benoemd als de pijnscore onder de vier komt of drie punten gedaald is.

Na het afnemen van de pijnanamnese gevolgd door het toepassen van de interventies, is het belangrijk dat gekeken wordt in hoeverre de interventies toereikend zijn in het terugdringen van de pijn. Deze informatie is van belang voor de verpleegkundige en de arts, om te beoordelen of het beleid ten aanzien van de pijnbestrijding eventueel aangepast moet worden.

2.3 Behandeling van pijn

De behandeling van pijn moet op de individuele patiënt worden afgestemd. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden, die tevens tegelijk ingezet kunnen worden.

De behandeling is onder te verdelen in medicamenteuze behandeling en niet-medicamenteuze behandeling. Medicamenteuze behandeling vindt plaats in opdracht van de arts. In verband met de relevantie voor dit onderzoeksverslag wordt hier verder niet

op ingegaan. De niet-medicamenteuze behandeling kan bijvoorbeeld bestaan uit radiotherapie of cognitieve gedragstherapie. Andere interventies zijn het gebruik van warmte, koude, massage, oefentherapie, ontspanningstechnieken en afleiding. Deze behandelingen zijn vooral gericht op spierontspanning en een betere doorbloeding. Behandeling met koude is daarentegen vooral gericht op het vermindering van de doorbloeding en het tegengaan van ontstekingsreacties.

2.4 Verpleegkundige rol

De verpleegkundige speelt een belangrijk rol bij de pijnbestrijding. Door haar specifieke deskundigheid, de laagdrempelige relatie met de patiënt en de frequentie van het contact, is de verpleegkundige bij uitstek degene tot wie de patiënt zich kan richten. (De Wit, 2001) Echter in de praktijk blijkt dat de verpleegkundige niet altijd weet welke patiënt pijn heeft en daarbij schat ze de ernst van de pijn niet altijd juist in. Zo is uit onderzoek gebleken dat zonder het dagelijks registreren van de pijn, de ernst van de pijn in bijna tweederde van de patiënten onjuist wordt geschat. Ook rapporteert de verpleegkundige weinig over pijn in het verpleegdossier. (Leistra, 2004)

Het is de taak van de verpleegkundige om de patiënt te observeren en eventuele pijn te signaleren. Daarnaast zal zij de patiënt begeleiden ten aanzien van de pijn en ook interventies opstellen om de pijn te doen verminderen. De behandeling van de pijn zal plaatsvinden binnen een multidisciplinair team, waarbij de verpleegkundige een coördinerende rol heeft. Dit valt allemaal binnen het taakgebied 'Uitvoeren van zorg' en 'Plannen van zorg' van het verpleegkundige beroepsprofiel. (Leistra, 2004)

Over de rol van de verpleegkundige bij patiënten met pijn staat veel geschreven. Duidelijk is dat de begeleiding door de verpleegkundige invloed kan hebben op de mate van angst van de patiënt. Voor de patiënt is het van belang dat ruimte wordt gegeven om zijn probleem te kunnen uitspreken. Dit moet echter niet geforceerd worden. Een vertrouwensrelatie tussen de verpleegkundige en de patiënt is belangrijker en moet eerst worden opgebouwd. (Francke et al, 2003)

Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat informatieverstrekking bij postoperatieve pijn een gunstig effect heeft op de pijn. Door na te gaan wat voor vragen spelen bij de patiënt en de informatie hierop af te stemmen, wordt hij geholpen bij het omgaan met zijn pijn.

Voor de verpleegkundige is het belangrijk om inzicht te hebben in haar eigen opvattingen over en attitude ten aanzien van patiënten met pijn. Dit is nodig om recht te kunnen doen aan de wijze waarop een patiënt de pijn uit. Ondanks dat de verpleegkundige de pijnbeleving en -gedrag niet adequaat vindt lijken, moet zij deze wel serieus nemen. (CBO, 1994)

3. Onderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft het soort onderzoek dat het meest effectief wordt geacht voor het beantwoorden van de vraagstelling. Daarnaast wordt ook ingegaan op de methode van dataverzameling, de onderzoekspopulatie en de methode van gegevensverwerking.

3.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek moet leiden tot aanbevelingen voor de implementatie en borging van de pijnanamnese op alle niet-snijdende afdelingen. Om te weten te komen wat het effect is van de implementatie op de pilotafdelingen is het noodzakelijk om een effectmeting uit te voeren.

Vooraf wordt een enquête verspreid onder de verpleegkundigen. Deze heeft als doel om de mate van kennis over pijn en de pijnanamnese en het gebruik van de pijnanamnese te meten. Deze zal gelden als nulmeting. De enquête voor de nulmeting is opgenomen in bijlage 7. Vervolgens zal de implementatie plaatsvinden die aansluit op de resultaten van de enquête. Het implementatieplan dat hiervoor ontwikkeld wordt is beschreven in hoofdstuk 4. Tot slot zal opnieuw een enquête uitgaan waarmee, in combinatie met de eerste enquête, het effect van de implementatie gemeten kan worden. Deze enquête staat in bijlage 8. De resultaten van de effectmeting worden gebruikt om aanbevelingen ten behoeve van de implementatie en borging van de pijnanamnese op de overige niet-snijdende afdelingen te formuleren.

Bij dit onderzoek is sprake van een kwantitatief survey-onderzoek. Een survey-onderzoek is een gestructureerde dataverzamelmethode. Dit wil zeggen dat de vraagstelling van tevoren vaststaat en dat een klein aantal antwoordmogelijkheden wordt gegeven waaruit de ondervraagde kan kiezen. (Verhoeven, 2007) De enquêtes voor dit onderzoek zijn opgebouwd uit stellingen met een antwoordschaal, wat maakt dat het een survey-onderzoek is. Door het gebruik van de antwoordschalen worden de gegevens cijfermatig verwerkt wat dit onderzoek tevens kwantitatief maakt.

3.2 Verantwoording

3.2.1 Methode van dataverzameling

De volgende data zijn verzameld voor het onderzoek:

Literatuur

Ten behoeve van het onderzoek is een (literatuur)studie uitgevoerd. Het doel van deze (literatuur)studie is om zicht te krijgen op:

- wat pijn is
- de pijnanamnese

- de verpleegkundige rol

De literatuur wordt daarnaast gebruikt voor het opstellen van vragen voor de enquêtes, hier wordt in bijlage 6 verantwoording voor afgelegd.

Enquête

Het doel van de enquêtes, één voorafgaand en één na afloop van de implementatie, is het verkrijgen van data om het effect te meten van de implementatie. Hierin is gekozen voor gesloten vragen zodat de resultaten bij een hermeting vergelijkbaar zijn.

De enquête is opgebouwd uit drie onderdelen. Allereerst wordt naar algemene gegevens gevraagd van de respondent. Vervolgens wordt de kennis van de respondent getoetst middels vragen met een antwoordschaal 'juist'/'onjuist'. Hierna wordt het gebruik van de pijnanamnese door de respondent getoetst middels stellingen met een antwoordschaal 'helemaal eens' tot 'helemaal oneens', ofwel de Likertschaal. Deze methode wordt veel gebruikt in sociale onderzoeken en in de psychologie. (Wikipedia 2009) Afsluitend wordt de respondent gevraagd de kwaliteit van zorg ten aanzien van de behandeling van pijn middels een cijfer van 0 tot 10 te beoordelen.

Nadat de verpleegkundigen geïnformeerd zijn over de enquêtes, zullen deze verspreid worden op de afdelingen. Verpleegkundigen worden gestimuleerd de enquêtes in te vullen middels posters, herinneringmails en persoonlijke benadering door de contactpersonen en de unithoofden. Posters zijn opgenomen in bijlage 12.

Validiteit

Om het onderzoek zo valide mogelijk te maken is het zaak te trachten systematische fouten in de meetinstrumenten te voorkomen. (Verhoeven, 2007) Een voorbeeld hiervan zijn de sociaal wenselijke antwoorden in een enquête. Door de anonimiteit te waarborgen in de enquêtes is de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind. Daarbij staat in de inleiding van de enquête geschreven dat de verkregen informatie vertrouwelijk zal worden behandeld.

Het onderzoek is een pilot voor de implementatie van de pijnanamnese op alle niet-snijdende afdelingen van ZGV, hier zal in het vervolg naar worden gerefereerd als de pilot. Naar aanleiding van deze pilot zullen aanbevelingen worden gedaan. Belangrijk voor het onderzoek is de externe validiteit, de informatie uit de pilot moet immers toepasbaar zijn voor de overige niet-snijdende afdelingen. Om deze reden wordt de pilot uitgevoerd op drie afdelingen die qua achtergrond zeer verschillend zijn. Dit geeft een representatief beeld van de niet-snijdende afdelingen, wat het onderzoek extern valide maakt.

De enquêtes worden verspreid onder de gehele populatie, waardoor de populatievaliditeit maximaal is. De populatie is beschreven in hoofdstuk 3.2.2.

Betrouwbaarheid

Om een onderzoek betrouwbaar te maken is het belangrijk om nauwkeurig de gebruikte meetinstrumenten en de toepassing daarvan te beschrijven. (Baarda, 2001)

Het risico is aanwezig dat de verpleegkundigen gaan overleggen over de gestelde vragen in de enquête. In dat geval moeten vraagtekens worden gezet bij de betrouwbaarheid van de enquête. Om dit te voorkomen staat expliciet in de enquête vermeld dat zij deze alleen moeten invullen. Daarbij zullen de verpleegkundigen bij het verspreiden van de enquêtes hier ook nog mondeling op gewezen worden.

Om het onderzoek betrouwbaar te maken is de minimale respons op 50% gezet. Door een grote groep te onderzoeken wordt de kans kleiner dat toevallige incidenten het totaalbeeld teveel bepalen en de resultaten van het onderzoek significant beïnvloeden. Verder is bij enquêtes de kans op sociaal wenselijke antwoorden kleiner dan bij persoonlijke interviews. (Baarda en De Goede, 2001)

3.2.2 Onderzoekspopulatie

De pilot zal plaatsvinden op drie niet-snijdende afdelingen van ZGV, te weten interne 2, neurologie en oncologie. De verpleegkundigen zullen hiervoor benaderd worden. De populatie bestaat uit 110 personen.

3.3 Gegevensverwerking

Voor de verwerking van gegevens wordt gebruik gemaakt van Excel, het statistisch programma van Microsoft. Dit computerprogramma biedt de mogelijkheid tot statistische dataverwerking en weergave in tabellen en grafieken. Hiermee wordt een overzicht gecreëerd van de resultaten van het onderzoek waarna interpretatie mogelijk wordt.

4. Implementatieplan pilot

De implementatie van de pijnanamnese op de pilotafdelingen van ZGV bestaat uit verschillende fasen: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Door volgens een implementatiemodel deze implementatie uit te voeren wordt de kans vergroot dat de implementatie succesvol is. De kans dat een belangrijke stap overgeslagen wordt is hierdoor het minst groot. De methode die gebruikt is voor deze implementatie is afkomstig uit 'Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg'. (Grol, 2006) Het proces van de implementatie van de pijnanamnese is onlosmakelijk verbonden met de implementatie van de pijnmeting; de pijnmeting geeft de indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese en is een belangrijke graadmeter voor de evaluatie hiervan.

4.1 Algemene gegevens

4.1.1 Doelstelling

De cijfermatige pijnmeting en de Landelijke Pijnanamnese worden geïmplementeerd en geborgd op drie niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei te weten interne 2, neurologie en oncologie.

4.1.2 Beoogde resultaten

Aan de hand van de bovenstaande doelstelling zijn de volgende resultaten geformuleerd waarmee de doelstelling behaald kan worden.

- Verpleegkundigen hebben kennis over pijn, cijfermatige pijnmeting en de pijnanamnese
- Verpleegkundigen integreren bovenstaande kennis in hun dagelijkse werkzaamheden
- De implementatie is geborgd zodat de cijfermatige pijnmeting en de pijnanamnese gebruikt blijven worden

4.1.3 Taakverdeling

Projectgroep:

Frank van der Boom, contactpersoon Neurologie

Inge ter Maat, contactpersoon Interne 2

Sanneke Westerlaken-Dorresteyn, contactpersoon Oncologie

Wilma Kleijer, instellingsbegeleidster

Aanspreekpunten Ziekenhuis Gelderse Vallei

Marja de Graaf, Interne 2

Els de Kruijf, Neurologie

4.1.4 Doelgroep

Verpleegkundigen van de betreffende niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei te weten Interne 2, Neurologie, Oncologie.

4.1.5 Looptijd

februari 2009 - juni 2009.

Uiterlijke inleverdatum: 5 juni 2009

Presentatie onderzoeksresultaten: 18 juni 2009

4.2 Fase 1 - Oriëntatie

Allereerst wordt een enquête afgenomen onder de verpleegkundigen van de pilotafdelingen. Het doel hiervan is een beeld te krijgen van wat de verpleegkundigen weten over:

- pijn
- pijnmeting
- pijnanamnese
- pijnbehandeling

In de enquête wordt naast de kennis ook ingegaan op het gebruik van de pijnanamnese. De kennis wordt gemeten middels stellingen met als antwoordschaal 'juist' en 'onjuist'. Het gebruik wordt gemeten middels stellingen met een antwoordschaal van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. Deze enquête geldt als nulmeting in het proces van de effectmeting. De eerste enquête kan een indicatie geven over wat nodig is om de pijnanamnese succesvol te implementeren en te borgen. Tevens worden posters op de afdelingen verspreid om de verpleegkundigen te stimuleren de enquête in te vullen. Naast dat de enquête de kennis en het gebruik van de bovengenoemde onderwerpen meet maakt zij de verpleegkundigen eveneens bewust van de pijnanamnese. De uitwerking van de enquête is derhalve tweeledig.

Bij de enquête van de nulmeting zal een brief toegevoegd worden met daarin kort weergegeven hoe het proces rondom de implementatie eruit ziet. Deze brief is opgenomen in bijlage 14.

Door het project te presenteren op afdelingsvergaderingen en werkoverleggen wordt eveneens bekendheid gegeven aan de implementatie van de pijnanamnese op de pilotafdelingen.

Om ziekenhuisbreed bekendheid aan het project te geven wordt een nieuwsbericht geplaatst op het interne nieuwsbulletin ZIP. Dit bericht is te vinden in bijlage 15.

4.3 Fase 2 - Inzicht

4.3.1 Verpleegkundigen

Allereerst is de enquête een middel om bewustwording onder de verpleegkundigen teweeg te brengen met betrekking tot pijn en de pijnanamnese. Door vragen te beantwoorden over dit onderwerp worden de verpleegkundigen aan het denken gezet.

Daarnaast zal een klinische les gegeven worden waarin pijn en het belang en het gebruik van de pijnanamnese besproken wordt met het team. Het doel hiervan is het vergroten van de kennis met betrekking tot pijn en de pijnanamnese. Het is de bedoeling dat de verpleegkundigen hierdoor gemotiveerd en gericht aan de slag zullen gaan met de pijnanamnese. Een hand-out van de klinische les is opgenomen in bijlage 16.

De verpleegkundigen die niet in staat zijn de klinische les bij te wonen zullen geïnformeerd worden over de hoofdpunten hiervan middels een email.

4.3.2 Medisch specialisten

Omdat de behandeling van pijn tevens een medische aangelegenheid is dienen de medisch specialisten ook op de hoogte te zijn van de implementatie van de pijnanamnese. Zij zullen hier door middel van een brief over worden ingelicht, deze is te vinden in bijlage 13. De gevolgen die de pijnanamnese heeft voor de behandeling van patiënten met pijn vallen onder de verantwoordelijkheid van de medisch specialisten; hier wordt in de brief niet inhoudelijk op ingegaan. Wel wordt gewezen op het feit dat een cijfermatige pijnmeting van vier of hoger onacceptabele pijn weergeeft.

4.3.3 Patiënten

Naast de verpleegkundigen en de medisch specialisten is het ook van belang dat de patiënten op de hoogte zijn van de pijnanamnese. De cijfermatige pijnmeting is voor de patiënt het belangrijkste onderdeel van de pijnanamnese. Om de patiënt in te lichten over wat de cijfermatige pijnmeting is en hoe deze werkt zal een patiënteninformatiefolder worden ontwikkeld. Deze zal aan alle patiënten bij opname gegeven worden. Daarnaast zullen de verpleegkundigen gemotiveerd worden het onderwerp pijn en de cijfermatige pijnmeting te benoemen in het contact met patiënten.

4.4 Fase 3 – Acceptatie

4.4.1 Motivatie

Zoals hierboven is aangegeven is de klinische les het moment dat de verpleegkundigen geïnformeerd worden over pijn en de pijnanamnese. Onder andere door middel van casuïstiek en literatuurbespreking zal getracht worden de verpleegkundigen het belang in

te laten zien van de pijnanamnese. Uit vooronderzoek op de afdeling oncologie is gebleken dat wanneer het belang van de pijnanamnese voor de patiënt ingezien wordt, de verpleegkundigen gemotiveerd zijn deze te gebruiken. (Van der Boom en Westerlaken-Dorresteyn, 2009)

Om de verpleegkundigen tijdens de implementatie te motiveren de pijnanamnese te gebruiken zullen de contactpersonen van de afdeling zich regelmatig laten zien. Hierdoor kunnen zij de verpleegkundigen met raad en daad terzijde staan.

Door posters op te hangen op de pilotafdelingen wordt de implementatie onder de aandacht gehouden.

4.4.2 Veranderingsgezindheid

De keuze om de pijnanamnese daadwerkelijk te gaan gebruiken hangt samen met de manier waarop deze ingevoerd wordt op de afdeling. Het is belangrijk om samen met de verpleegkundigen te kijken naar wat nodig is om de pijnanamnese te implementeren in de dagelijkse werkzaamheden. Door de verpleegkundigen te betrekken bij het proces wordt de kans verminderd dat het gevoel ontstaat dat de implementatie opgelegd is. De verpleegkundigen worden erkend in hun rol. Dit zal de veranderingsgezindheid ten goede komen.

Weerstand tegen de verandering die de implementatie met zich mee brengt is te verwachten. Een bekend argument bij verandering is dat de verpleegkundigen geen tijd hebben. Om erachter te komen waar de weerstand precies ligt kunnen gesprekken gepland worden met de verpleegkundigen. Het doel hiervan is om de verpleegkundigen tegemoet te komen door hen hun verhaal te laten doen, erkenning te geven en vervolgens te werken naar een oplossing.

4.5 Fase 4 – Verandering

4.5.1 Invoering in de praktijk

Naar aanleiding van een eerder uitgevoerde enquête over het belang en gebruik van de pijnanamnese onder oncologieverpleegkundigen in ZGV (Van der Boom en Westerlaken-Dorresteyn, 2009), zijn de volgende acties ontwikkeld en getoetst:

- allereerst zal de secretaresse van de afdeling bij de indeling van de dossiers de pijnanamnese, het evaluatieformulier en de patiëntinformatiefolder toevoegen;
- de pijnanamnese moet gemakkelijk beschikbaar zijn zodat de verpleegkundigen hier niet naar hoeven te zoeken. Een goede plek voor de pijnanamnese is in het verpleegkundig dossier achter de standaard anamnese die bij opname ingevuld wordt;
- om het proces rond de pijnanamnese inzichtelijk te maken zal een beslisboom worden ontwikkeld. De beslisboom is te vinden in bijlage 11. Deze zal, samen met

de handleiding voor de pijnanamnese en de handleiding voor het evaluatieformulier, die respectievelijk in bijlage 1 en 3 staan, geplastificeerd in de teamposten komen te liggen;

- om het evaluatieformulier, te vinden in bijlage 4, gemakkelijk bereikbaar te houden wordt deze, na afname van de pijnanamnese, in de houder voor de infuuslijst opgehangen aan het bed. Bij de controles in de ochtend kan deze lijst direct ingevuld worden als de verpleegkundige de cijfermatige pijnmeting uitvoert. Om het invullen van het evaluatieformulier te waarborgen moet dit doorgepland worden in de actieplanning;
- als hulpmiddel voor het vragen naar de pijn wordt aan de controleapparaten een pijnmeetlat bevestigd. Hierdoor krijgt deze pijnmeetlat min of meer dezelfde status als de thermometer en de bloeddrukmeter;
- met de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) zal ook de pijnanamnese gedigitaliseerd worden;
- de beslisboom, de handleidingen voor de pijnanamnese en het evaluatieformulier worden opgenomen in Q-portaal. Q-portaal is de databank van ZGV voor protocollen.

4.6 Fase 5 – Behoud

4.6.1 Borging

De effectmeting zal plaatsvinden in de zesde week van de implementatie. De implementatie van de pijnanamnese is echter een proces dat een langere periode heeft.

Om de pilot tot een succes te maken zijn de volgende doelen gesteld:

- allereerst dat elke verpleegkundige dagelijks de pijnmeting uitvoert zoals ook temperatuur gemeten wordt;
- daarnaast is de aanstelling van één of twee verpleegkundigen die zich bezighouden met de implementatie van de pijnanamnese van essentieel belang voor de borging. Zij kunnen het team motiveren en het goede voorbeeld geven met betrekking tot het gebruik van de pijnanamnese. Ook kunnen zij het onderwerp op de agenda houden zodat het gebruik van de pijnanamnese geïntegreerd blijft in de dagelijkse werkzaamheden. Daarnaast kunnen zij fungeren als aanspreekpunt voor het pijnteam. Deze verpleegkundigen zullen VAP-ers (Verpleegkundigen met Aandachtsgebied Pijn) genoemd worden. De functieomschrijving voor deze VAP-ers is te vinden in bijlage 10.

Tijdens de pilot worden de verpleegkundigen gestimuleerd de pijnanamnese te gebruiken. Dit wordt bereikt doordat contactpersonen regelmatig op de afdeling zijn om te helpen waar nodig en verpleegkundigen te motiveren de pijnanamnese te gebruiken.

Halverwege het proces zal het pijnteam geïnformeerd worden over de voortgang van de pilot waarna, in de laatste week van de pilot, de implementatie wordt overgedragen. Het pijnteam heeft een overkoepelende functie; zij informeren de verpleegkundigen met het aandachtsgebied pijn over nieuwe ontwikkelingen en borgen op deze manier de implementatie. Zij kunnen bijvoorbeeld twee maal per jaar een bijeenkomst organiseren voor verpleegkundigen met het aandachtsgebied pijn om ervaringen uit te wisselen en te leren van elkaar.

Regelmatige evaluatie van de pijnanamnese is van belang. Dit kan onder andere in de teamvergadering plaatsvinden. Naar aanleiding van de evaluatie kunnen wijzigingen plaatsvinden in het proces rondom de pijnanamnese.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de grafieken en tabellen weergegeven waarin de uitkomsten van de verschillende onderdelen van de enquêtes getoond worden. De vraagnummers in de grafieken corresponderen met de vraagnummers uit de enquêtes, te vinden in bijlage 7 en 8. Alleen de opvallende resultaten zijn opgenomen in dit hoofdstuk. De resultaten die niet zijn opgenomen in dit hoofdstuk zijn te vinden in bijlage 17.

5.1 Respons

5.1.1 Afdeling

	Nulmeting			Effectmeting		
	Verspreide enquêtes	Respons	Percentage	Verspreide enquêtes	Respons	Percentage
Interne 2	28	18	64,29%	31	8	25,81%
Neurologie	50	20	40%	62	12	19,35%
Oncologie	32	21	65,63%	32	9	28,13%
Onbekend		1				
Totaal	110	60	54,55%	125	29	23,20%

figuur 5.1.1.1

In deze tabel is de totale repons te zien, onderverdeeld per afdeling.

5.1.2 Functie

	Nulmeting		Effectmeting	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Verpleegkundige	50	84,75%	25	86,21%
Verzorgende	3	5,08%	1	3,45%
Leerling	5	8,47%	2	6,90%
Stagiaire	1	1,69%	1	3,45%

figuur 5.1.2.1

In deze tabel is de totale respons te zien, onderverdeeld per functie.

5.1.3 Contractgrootte

	Nulmeting		Effectmeting	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
≤8	0	0%	1	3,45%
≤16	13	22,03%	7	24,14%
≤24	13	22,03%	4	13,79%
≤32	13	22,03%	7	24,14%
≤36	20	33,90%	10	34,48%

figuur 5.1.3.1

In deze tabel is de totale respons te zien, onderverdeeld per contractgrootte in gewerkte uren per week.

5.1.4 Ervaringsjaren

	Nulmeting		Effectmeting	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
≤2	12	20,34%	6	20,69%
≤4	5	8,47%	3	10,34%
≤6	7	11,86%	4	13,79%
>6	35	59,32%	16	55,17%

figuur 5.1.4.1

In deze tabel is de totale respons te zien, onderverdeeld per ervaringsjaren.

5.1.5 Leeftijd

	Nulmeting		Effectmeting	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
<20	3	5,08%	1	3,45%
<30	19	32,20%	13	44,83%
<40	16	27,12%	3	10,34%
<50	14	23,73%	7	24,14%
<61	6	10,17%	4	13,79%
>61	1	1,69%	1	3,45%

figuur 5.1.5.1

In deze tabel is de totale respons te zien, onderverdeeld per leeftijdscategorie.

5.1.6 Klinische les

	Aantal	Percentage
Interne 2	10	35,71%
Neurologie	37	59,68%
Oncologie	7	21,88%

figuur 5.1.6.1

In deze tabel is de totale respons van de klinische les te zien, onderverdeeld per afdeling.

De hoge respons van de neurologie is te verklaren door het feit dat de klinische les plaatsvond tijdens een verplichte teamvergadering. De verpleegkundigen van de andere afdelingen konden zich vrijwillig voor de klinische les inschrijven.

5.2 Interpretatie van de grafieken

5.2.1 Interpretatie kennis

Bij het onderdeel 'kennis' zijn twee verschillende soorten grafieken. Sommige grafieken geven het aantal goede of foute antwoorden weer (verticale as) per vraag (horizontale as), andere grafieken geven het percentage goede antwoorden weer. Per grafiek wordt duidelijk aangegeven of het om absolute aantallen of percentages gaat.

Om de verschillende resultaten zo overzichtelijk mogelijk weer te geven zijn in de grafieken verschillende schaalverdelingen voor de verticale as gebruikt.

5.2.2 Interpretatie gebruik

De grafieken behorend bij het onderdeel gebruik geven de gemiddelde scores (verticale as) weer per variabele (horizontale as). Evenals bij de grafieken van het onderdeel 'kennis' zijn in de grafieken verschillende schaalverdelingen voor de verticale as gebruikt.

De meeste stellingen zijn positief opgebouwd met als antwoordmogelijkheden 'mee oneens' (1) tot en met 'mee eens' (5,0). Verschillende stellingen zijn echter negatief geformuleerd. In de verwerking zijn de gegevens van deze stellingen omgezet.

VOORBEELD

1.	Ik vind dat het alfabet niet begint met de letter A.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
-----------	--	-------------------

'Mee oneens' (1) is hierbij het meest gewenste antwoord. Om te kunnen vergelijken is bij deze negatief geformuleerde vragen de waardering omgezet. Dit houdt in dat antwoordmogelijkheid '5' het meest gewenste antwoord is op elke stelling.

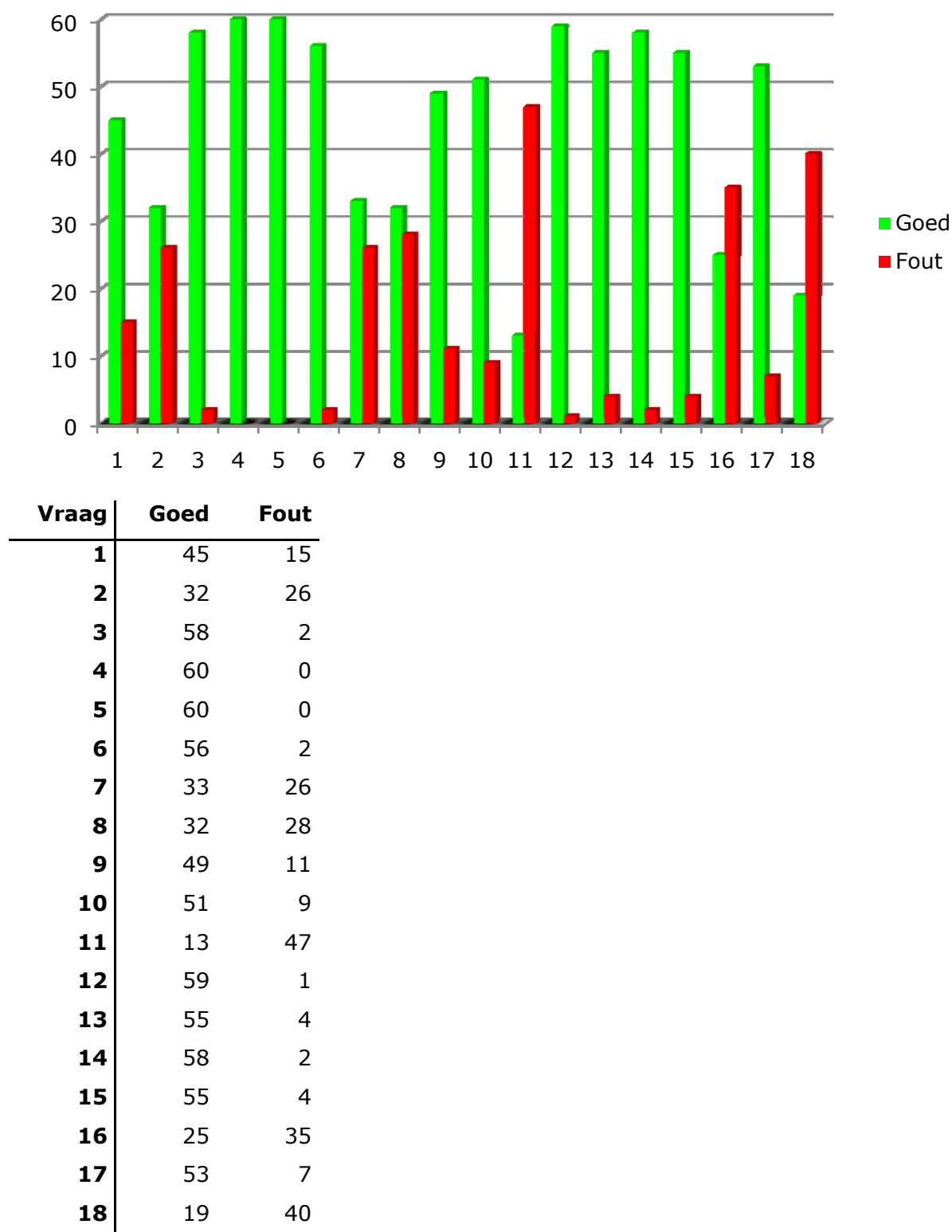
Om eenduidig de gegevens te analyseren wordt gebruik gemaakt van de volgende onderverdeling.

0 - 2,5	=	onvoldoende
2,6- 3,5	=	matig
3,6- 4,5	=	voldoende
4,6- 5,0	=	goed

Deze schaalverdeling geldt ook voor de evaluatievragen.

5.3 Resultaten kennis

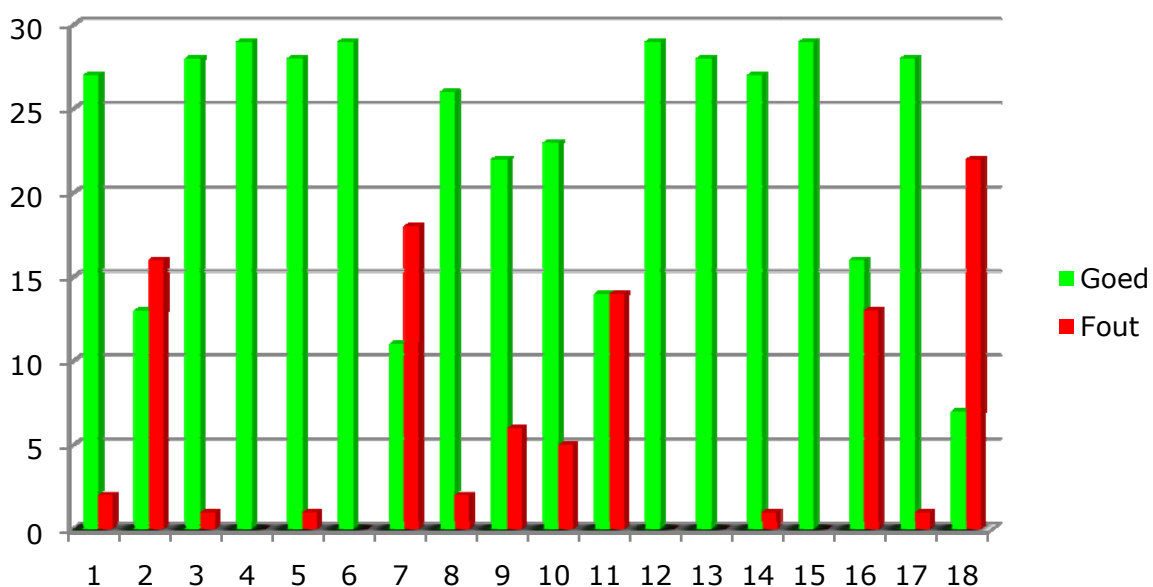
5.3.1 Gemiddelden nulmeting



figuur 5.3.1.1

Deze figuur geeft weer hoeveel verpleegkundigen de kennisvragen van de nulmeting goed of fout beantwoord hebben.

5.3.2 Gemiddelden effectmeting

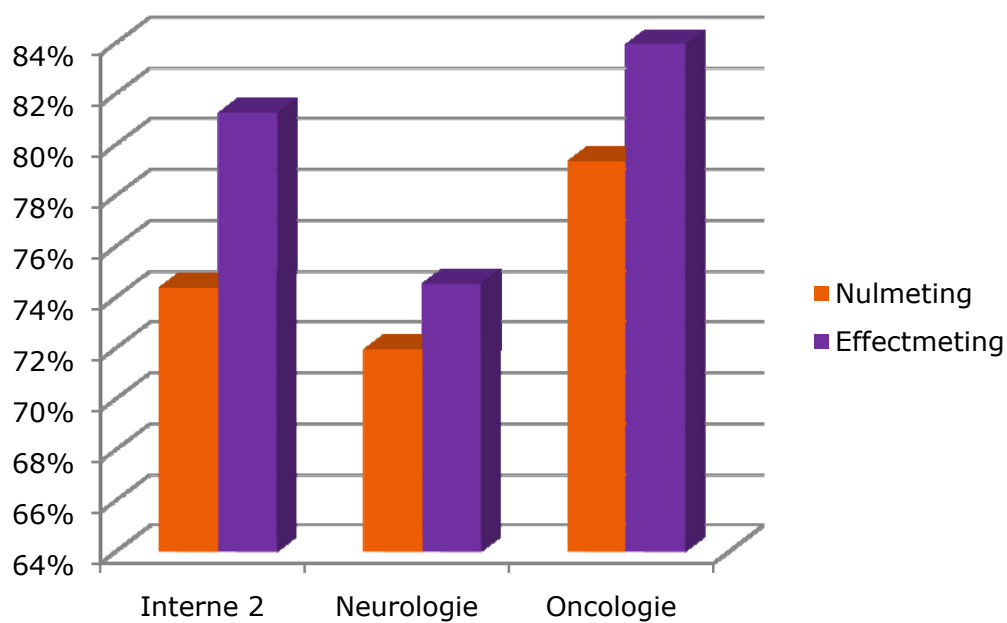


Vraag	Goed	Fout
1	27	2
2	13	16
3	28	1
4	29	0
5	28	1
6	29	0
7	11	18
8	26	2
9	22	6
10	23	5
11	14	14
12	29	0
13	28	0
14	27	1
15	29	0
16	16	13
17	28	1
18	7	22

figuur 5.3.2.1

Deze figuur geeft weer hoeveel verpleegkundigen de kennisvragen van de effectmeting goed of fout beantwoord hebben.

5.3.3 Afdeling



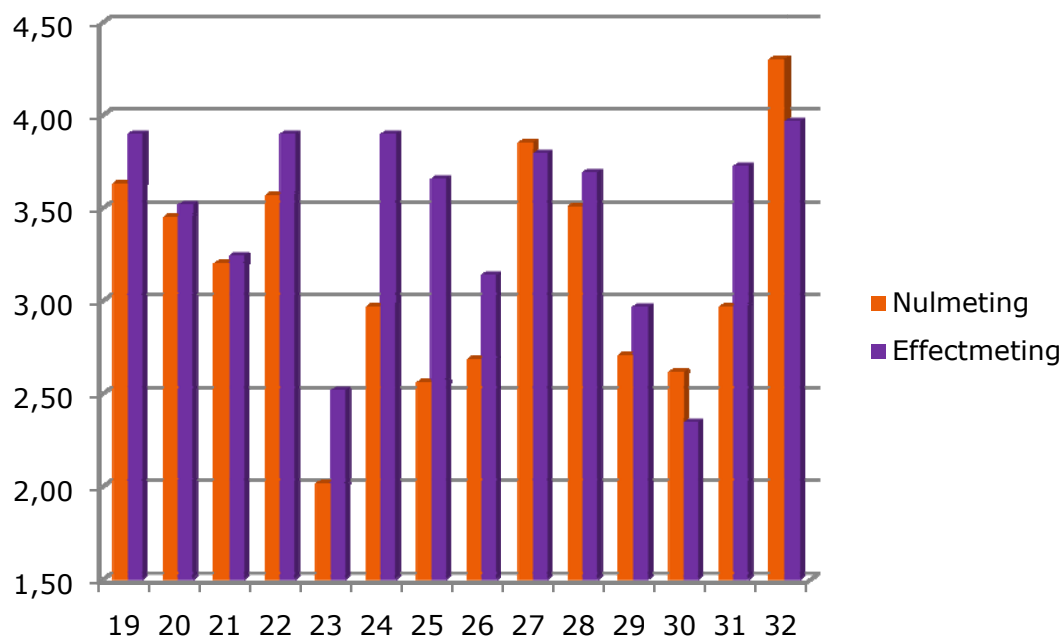
	Interne 2	Neurologie	Oncologie
Nulmeting	74%	72%	79%
Effectmeting	81%	75%	84%

figuur 5.3.3.1

Deze figuur geeft het percentage verpleegkundigen weer dat de kennisvragen goed beantwoord heeft, onderverdeeld per afdeling.

5.4 Resultaten gebruik

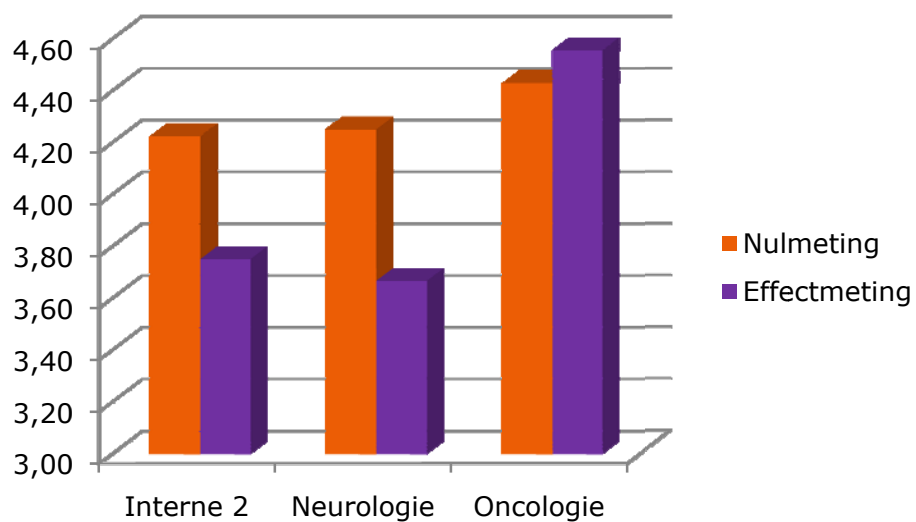
5.4.1 Vergelijking effect



Vraag	Nulmeting	Effectmeting
19	3,63	3,90
20	3,45	3,52
21	3,20	3,24
22	3,57	3,90
23	2,02	2,52
24	2,97	3,90
25	2,56	3,66
26	2,68	3,14
27	3,85	3,79
28	3,51	3,69
29	2,71	2,97
30	2,62	2,34
31	2,97	3,72
32	4,30	3,97
Totaal	3,14	3,45

figuur 5.4.1.1

Deze figuur geeft het gebruik van de pijnanamnese weer, onderverdeeld per vraag.

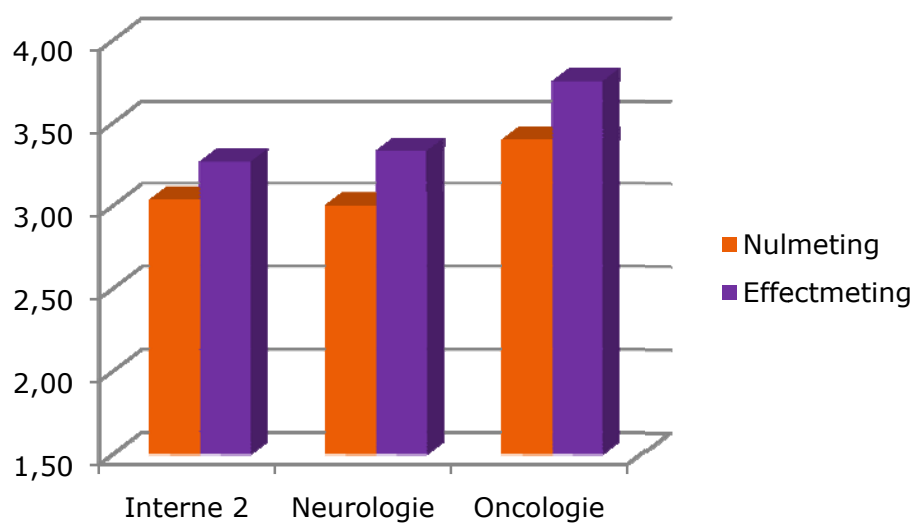


	Interne 2	Neurologie	Oncologie
Nulmeting	4,22	4,25	4,43
Effectmeting	3,75	3,67	4,56

figuur 5.4.1.2

Deze figuur laat het resultaat van vraag 32 zien tijdens de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld per afdeling. Vraag 32 stelt dat het gebruik van pijnanamnese nodig is.

5.4.2 Afdeling

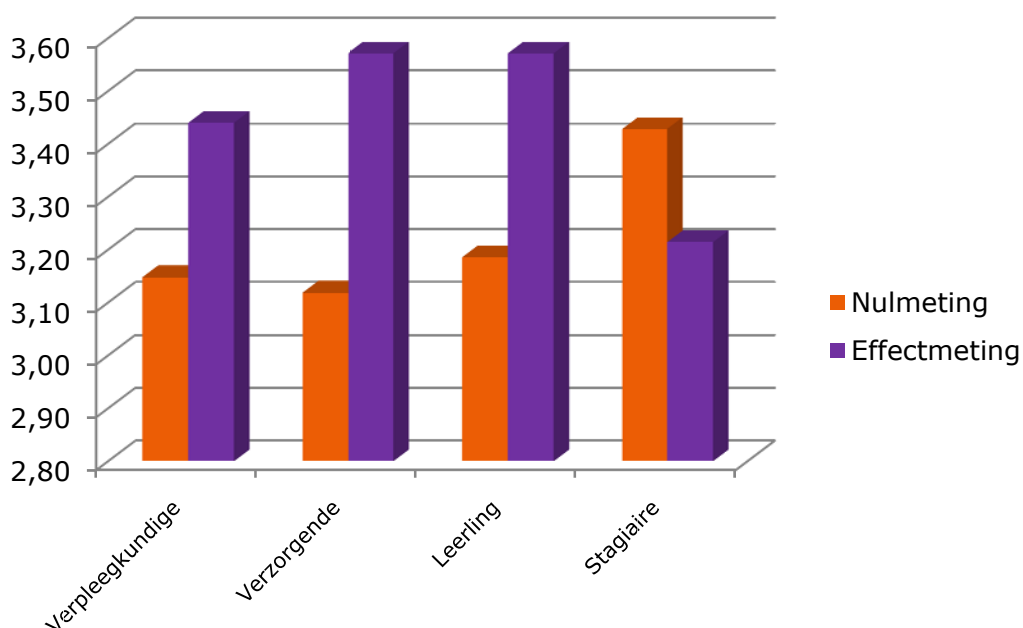


	Interne 2	Neurologie	Oncologie
Nulmeting	3,04	3,00	3,40
Effectmeting	3,27	3,33	3,75

figuur 5.4.2.1

Deze figuur geeft het verschil in gebruik van de pijnanamnese weer tijdens de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld per afdeling.

5.4.3 Functie



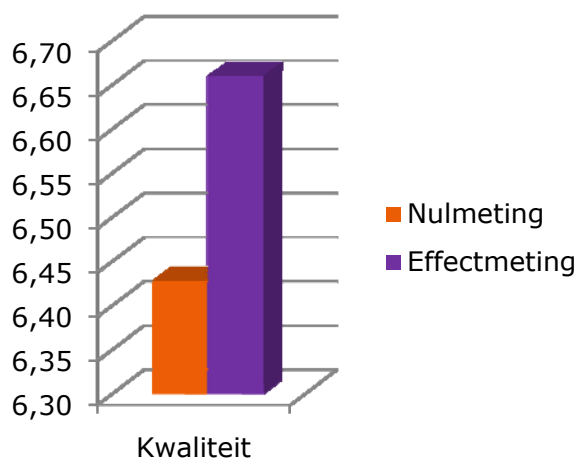
	Verpleegkundige	Verzorgende	Leerling	Stagiaire
Nulmeting	3,15	3,12	3,19	3,43
Effectmeting	3,44	3,57	3,57	3,21

figuur 5.4.3.1

Deze figuur geeft het verschil in gebruik van de pijnanamnese weer tijdens de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld per functie.

5.5 Resultaten kwaliteitsvraag

5.5.1 Gemiddelde beoordeling

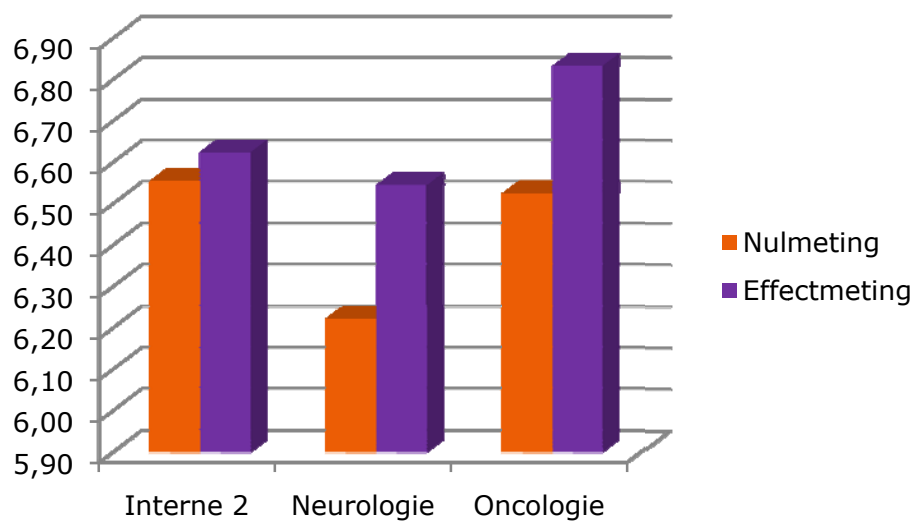


	Gemiddelde
Nulmeting	6,43
Effectmeting	6,66

figuur 5.5.1.1

Deze figuur geeft het verschil in beoordeling van de kwaliteit van zorg weer van alle verpleegkundigen tijdens de nulmeting en de effectmeting op een schaal van 0 tot 10.

5.5.2 Afdeling

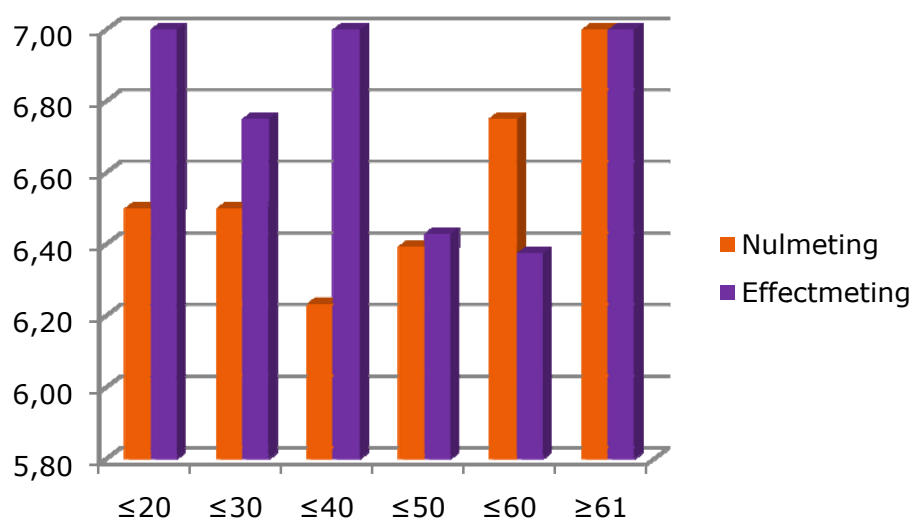


	Interne 2	Neurologie	Oncologie
Nulmeting	6,56	6,22	6,53
Effectmeting	6,63	6,55	6,83

figuur 5.5.2.1

Deze figuur geeft de beoordeling van de verpleegkundigen weer over de kwaliteit van zorg op de afdeling tijdens de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld per afdeling op een schaal van 0 tot 10.

5.5.3 Leeftijd



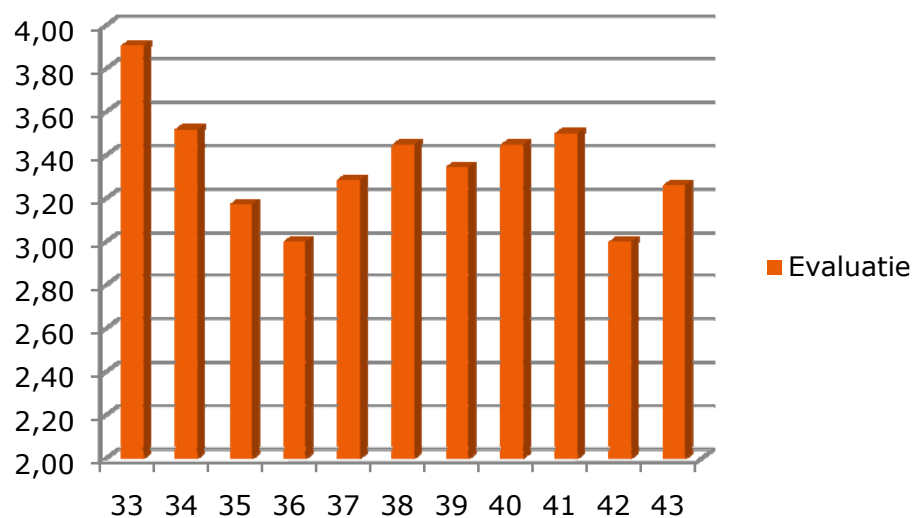
	≤20	≤30	≤40	≤50	≤60	≥61
Nulmeting	6,50	6,50	6,23	6,39	6,75	7,00
Effectmeting	7,00	6,75	7,00	6,43	6,38	7,00

figuur 5.5.3.1

Deze figuur geeft de beoordeling van de verpleegkundigen weer over de kwaliteit van zorg op de afdeling tijdens de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld per leeftijdscategorie op een schaal van 0 tot 10.

5.6 Resultaten evaluatie

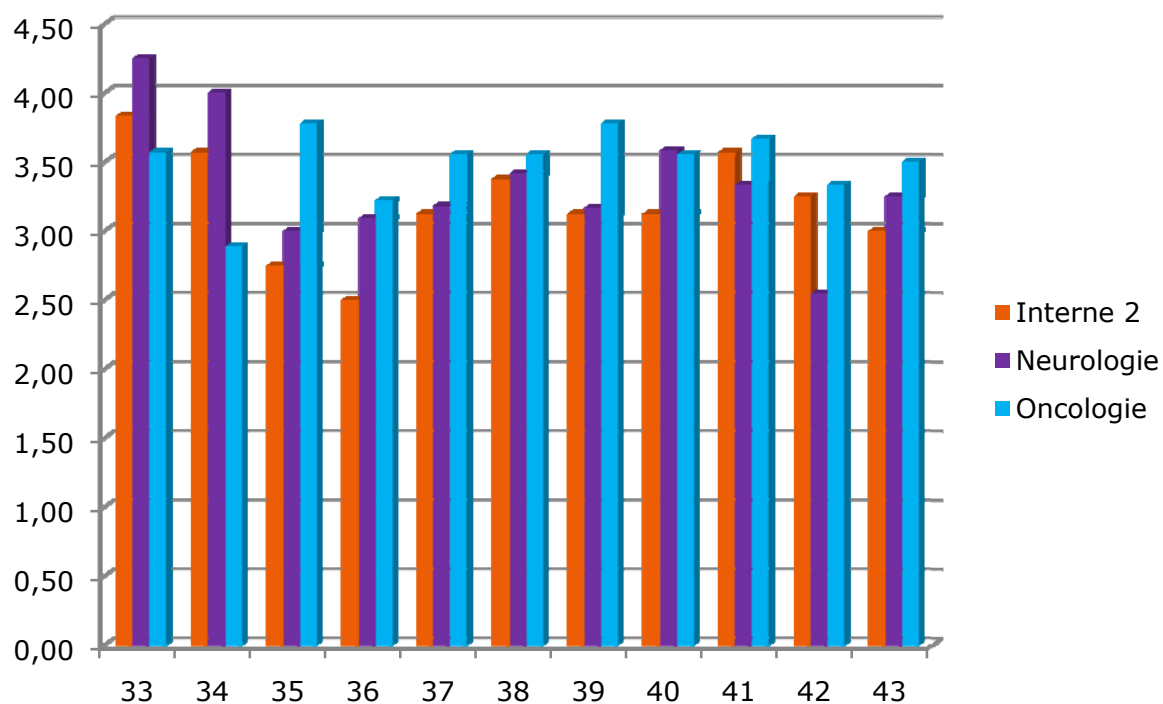
5.6.1 Algemeen



Vraag	Gemiddelde
33	3,90
34	3,52
35	3,17
36	3,00
37	3,29
38	3,45
39	3,34
40	3,45
41	3,50
42	3,00
43	3,26
	3,35

figuur 5.6.1.1

Deze figuur geeft de resultaten weer van de evaluatievragen.

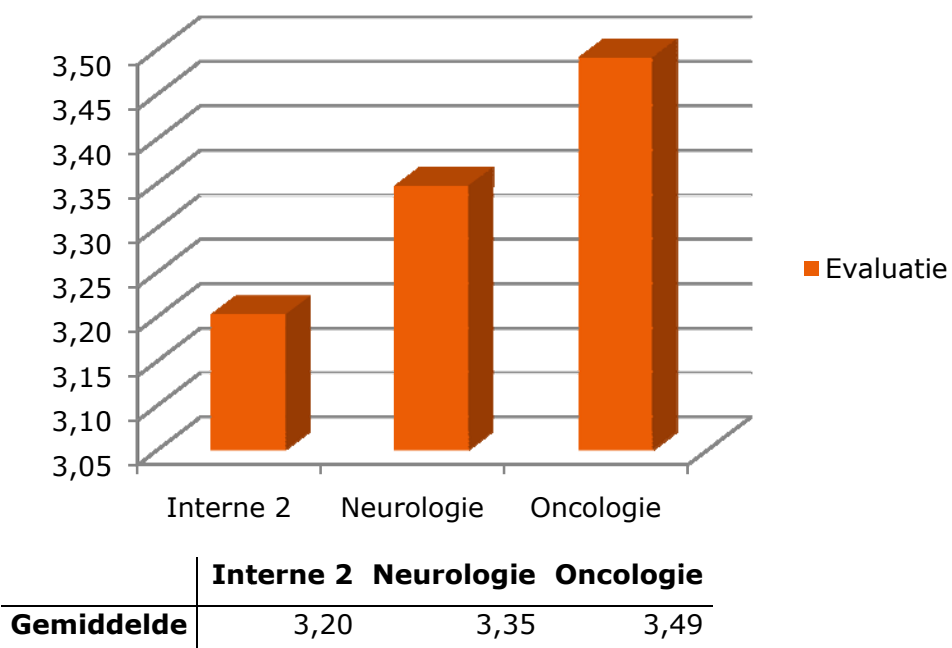


	Interne 2		Neurologie		Oncologie
33	3,83	33	4,25	33	3,57
34	3,57	34	4,00	34	2,89
35	2,75	35	3,00	35	3,78
36	2,50	36	3,09	36	3,22
37	3,13	37	3,18	37	3,56
38	3,38	38	3,42	38	3,56
39	3,13	39	3,17	39	3,78
40	3,13	40	3,58	40	3,56
41	3,57	41	3,33	41	3,67
42	3,25	42	2,55	42	3,33
43	3,00	43	3,25	43	3,50

figuur 5.6.1.2

Deze figuur laat het verschil in beoordeling van de pilot zien per vraag, onderverdeeld per afdeling.

5.6.2 Afdeling



figuur 5.6.2.1

Deze figuur laat het verschil in beoordeling van de pilot zien, onderverdeeld per afdeling.

5.6.4 Schriftelijke opmerkingen

Aan het einde van de effectmeting is er ruimte gegeven voor het geven van suggesties, aanbevelingen of andere feedback. Hier werden onder andere suggesties gedaan naar de wijziging van de inhoud van de pijnanamnese en kwam bijvoorbeeld naar voren dat er weinig tijd is om deze te gebruiken. Deze schriftelijke opmerkingen zijn te vinden in bijlage 17.4.5.

6. Conclusies

In dit hoofdstuk zullen conclusies worden getrokken naar aanleiding van de resultaten. Alleen de meest opvallende resultaten worden hier genoemd.

6.1 Kennis

Figuur 5.3.3.1 laat zien dat de kennis van de verpleegkundigen na de pilot beduidend is toegenomen. Interne 2 laat de meest sterke stijging zien, de kennis van neurologie is het minst toegenomen. Dit is opvallend, aangezien neurologie het best bereikt is met de klinische les. Oncologie scoort het hoogst bij zowel de nul- als effectmeting. Omdat op de afdeling oncologie eerder een project is gedaan rondom de pijnanamnese hebben de verpleegkundigen hier voorkennis, dit zou mede deze resultaten kunnen verklaren.

Interne 2 en neurologie hadden beide een gelijkwaardige beginsituatie en hebben hetzelfde implementatieproces doorlopen. Desondanks is de kennis van de verpleegkundigen op interne 2 groter en sterker toegenomen. Wat dit verschil veroorzaakt is niet objectief te meten. Een mogelijke oorzaak kan de attitude van de verpleegkundigen zijn met betrekking tot verandering en vernieuwing.

Als figuur 5.3.1.1 en 5.3.2.1 vergeleken worden valt op dat vragen 2, 7 en 18 tijdens de effectmeting vaker fout zijn beantwoord als tijdens de nulmeting. Vraag 2 stelt dat pijn het gevolg is van een weefselbeschadiging. Deze stelling is niet volledig, het correcte antwoord is derhalve 'onjuist'. Hetzelfde geldt voor vraag 18, hierin wordt gesteld dat de pijnanamnese als doel heeft om de plaats en de oorzaak van de pijn in kaart te brengen. Beide vragen kunnen derhalve beschouwd worden als zogenaamde instinkers; de gegeven antwoorden zijn niet incorrect maar wel onvolledig. Dit is een mogelijke verklaring voor het resultaat. Vraag 7 stelt dat de arts verantwoordelijk is voor de behandeling van pijn. Dit is juist. Verpleegkundigen hebben deze stelling echter tijdens de effectmeting vaker ontkent dan voor de pilot. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de implementatie erin heeft geresulteerd dat verpleegkundigen zich meer verantwoordelijk voelen voor de behandeling van pijn dan voorheen. Dat verpleegkundigen zich meer verantwoordelijk voelen kan resulteren in een adequatere behandeling van pijn, wat een positieve ontwikkeling is. Het is echter wel van belang dat verpleegkundigen weten waar de grens van hun verantwoordelijkheid ligt ten aanzien van de behandeling van pijn.

6.2 Gebruik

Figuur 5.4.2.1 laat zien dat het gebruik van de pijnanamnese na de pilot op alle afdelingen is toegenomen. Wat opvalt is dat de beginsituatie van oncologie hoger ligt dan de situatie op de overige afdelingen na de pilot. Dit kan verklaard worden door het feit

dat oncologie vanuit het verleden reeds bekend was met de pijnanamnese. Figuur 5.4.1.2 toont dat het gebruik van de pijnanamnese op interne 2 en neurologie minder nodig is geacht bij de effectmeting. Het gebruik van de pijnanamnese is echter toegenomen. Dit zou kunnen impliceren dat de verpleegkundigen van de betreffende afdelingen de pijnanamnese meer zijn gaan gebruiken, maar gaandeweg ontdekt hebben niet overtuigd te zijn van het nut ervan.

Eén van de doelen van het implementatie, beschreven in hoofdstuk 4.6.1, is dat de verpleegkundigen de cijfermatige pijnmeting dagelijks zouden uitvoeren. In figuur 5.4.1.1 is, bij vraag 23, te zien dat het gebruik van de cijfermatige pijnmeting is toegenomen na de pilot. Daar tegenover staat echter dat het gebruik nog niet op het gewenste niveau is; de relatief korte duur van de pilot heeft hier invloed op gehad. Het gebruik van de pijnanamnese, vraag 26, is vergelijkbaar met het gebruik van de cijfermatige pijnmeting, hoewel dit is toegenomen bevindt het zich nog niet op het gewenste niveau.

De resultaten laten zien dat de verpleegkundigen van mening zijn over voldoende kennis te beschikken om effectief gebruik te maken van de pijnanamnese, vraag 31. Daarbij geven zij aan, beter dan voor de pilot, te weten wanneer zij de pijnanamnese moeten gebruiken, vraag 25. Wat hier echter tegenover staat is dat de verpleegkundigen aangeven te weinig tijd hiervoor te hebben, vraag 30. Dit laatste is eveneens te lezen in de schriftelijke opmerkingen. Uit deze resultaten zou geconcludeerd kunnen worden dat de verpleegkundigen over vaardigheden beschikken om de pijnanamnese te gebruiken maar dat het nog niet geïntegreerd is in de dagelijkse werkzaamheden. Een factor die hierbij bepalend geweest zou kunnen zijn is de cultuur van de afdeling. De mate waarin verpleegkundigen flexibel zijn en open staan voor nieuwe ideeën en veranderingen die hieruit voortkomen is mede bepalend voor het slagen van een implementatie.

Eveneens is het opvallend dat vraag 32, die stelt dat het gebruik van de pijnanamnese nodig is, veruit het hoogst scoort van alle vragen. In figuur 5.4.1.2 is te zien dat bij de nulmeting de afdelingen vergelijkbaar scoren. Na de pilot scoort oncologie echter beduidend hoger, de andere afdelingen zijn na de pilot het gebruik van de pijnanamnese minder nodig gaan vinden na de implementatie. Geconcludeerd zou kunnen worden dat het gebruik van de pijnanamnese voor interne 2 en neurologie niet voldeed aan de verwachtingen die ze tijdens de nulmeting hadden. Aangenomen kan worden dat oncologie reeds wist wat verwacht kon worden vanwege eerdere ervaringen met de pijnanamnese met als gevolg dat geen daling te zien is in de resultaten van deze afdeling. In het licht van een volgende implementatie is het derhalve belangrijk om de tijd te nemen om de afdelingen voor te bereiden op de komende verandering.

Figuur 5.4.3.1 laat zien in welke mate het gebruik van de pijnanamnese is toegenomen onderverdeeld in functie. Wat hierin opvalt is dat het gebruik onder stagiaires na de pilot is afgenomen. De respons onder stagiaires was echter zo laag, één persoon bij beide metingen, dat dit resultaat te verwaarlozen is.

6.3 Kwaliteit

Figuur 5.5.1.1 laat zien dat de verpleegkundigen de kwaliteit van zorg met betrekking tot pijn positiever beoordelen bij de effectmeting dan bij de nulmeting. Het besef dat de implementatie van de pijnanamnese de kwaliteit van zorg verhoogt met betrekking tot pijn zou een positieve impuls kunnen geven aan het gebruik hiervan in de toekomst.

Figuur 5.5.2.1 toont dat interne 2 het minst stijgt in de beoordeling van de kwaliteit van zorg vergeleken met de andere afdelingen. Tijdens de nulmeting beoordeelde interne 2 de kwaliteit van zorg op de afdeling al relatief hoog. De geringe stijging bij de effectmeting zou kunnen betekenen dat de verpleegkundigen van mening zijn dat de pijnanamnese geen significante invloed heeft op de kwaliteit van zorg.

In figuur 5.5.3.1 is te zien dat naarmate de leeftijd van de verpleegkundigen toeneemt, de beoordeling van de kwaliteit van zorg daalt met betrekking tot de behandeling van pijn. Dit houdt derhalve in dat de jongere verpleegkundige een positiever beeld heeft van de geleverde zorg. Deze resultaten lijken te laten zien dat de manier waarop naar de kwaliteit van zorg gekeken wordt afhankelijk is van leeftijd.

6.4 Evaluatie

In figuur 5.6.2.1 is af te lezen dat interne 2 de evaluatie vragen het minst hoog waardeert in vergelijking met de andere afdelingen. Oncologie waardeert de vragen het hoogst en daarmee het proces van de pilot het meest positief. Reden hiervoor kan zijn dat oncologie reeds bekend was met de pijnanamnese en de leden van de projectgroep. De afdeling was eveneens van de komst van de pilot op de hoogte. Dit zou ertoe kunnen hebben bijgedragen dat zij positiever in het proces stond. Zoals eerder aangegeven lijkt de voorbereiding van een afdeling op een verandering essentieel in het proces.

Figuur 5.1.6.1 laat zien dat neurologie de hoogste respons bij de klinische les had. In figuur 5.6.1.2 is te zien dat zij eveneens het hoogst scoort op de vraag over het belang van de klinische les, vraag 34, en de duidelijkheid van de inhoud daarvan, vraag 33. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de klinische les noodzakelijk is in het proces van de implementatie. Overigens is het opvallend dat neurologie de klinische les als duidelijk beoordeeld, terwijl uit figuur 5.3.3.1 is gebleken dat de kennis van neurologie het minst is toegenomen. Oncologie daarentegen scoort lager bij de vraag naar de noodzakelijkheid van de klinische les. Feit is dat oncologie al een presentatie over de pijnanamnese heeft gehad voordat het project van start ging. Deze presentatie was onderdeel van een eerder project op deze afdeling omtrent pijn. Daarbij komt dat zij reeds ervaring met en kennis

van de pijnanamnese hadden vanuit het verleden. Dit zou kunnen verklaren waarom oncologie de klinische les als minder noodzakelijk beoordeelt.

Uit figuur 5.6.1.2 blijkt eveneens dat vraag 35 ondergemiddeld scoort, behalve bij oncologie; zij beoordelen de vraag het hoogst van alle evaluatievragen. Deze vraag vraagt naar de bruikbaarheid van de pijnanamnese in de praktijk. Een verklaring is te vinden in figuur 5.4.1.2 waarin te zien is dat vraag 32 hetzelfde beeld toont. Vraag 32 heeft de stelling dat het gebruik van de pijnanamnese nodig is. Oncologie scoort beduidend hoger op deze vraag dan de andere afdelingen. Het lijkt zo te zijn dat de afdelingen die het gebruik van de pijnanamnese minder nodig vinden, de pijnanamnese tevens minder praktisch bruikbaar vinden in de praktijk. Het inzien van het belang van het gebruik van de pijnanamnese lijkt dus bepalend te zijn voor het slagen van de implementatie. Op interne 2 en neurologie lijkt hier op dit moment weinig sprake van te zijn.

In de schriftelijke opmerkingen in hoofdstuk 5.6.4 is te lezen dat de verpleegkundigen aanlopen tegen de tijd die het kost om de pijnanamnese in te vullen. Daarnaast wordt genoemd dat overbodige vragen opgenomen zijn in de pijnanamnese. Deze opmerkingen zijn afkomstig van enquêtes van de interne 2 en neurologie en bevestigen de hierboven genoemde conclusie dat de verpleegkundigen van deze afdelingen de pijnanamnese minder praktisch bruikbaar vinden in de praktijk.

In figuur 5.6.1.1 is te zien dat vraag 36 laag scoort. Dit wil zeggen dat de verpleegkundigen van mening zijn dat het evaluatieformulier niet praktisch in gebruik is. Interne 2 scoort hierbij het minst hoog zoals te zien is in 5.6.1.2. De reden hiervan kan de factor tijd zijn. In 5.6.4 wordt aangegeven dat de pijnanamnese te lang is. Het evaluatieformulier is hier een aanvulling op, wat het gebruik hiervan uiteraard niet stimuleert. Er dienen vraagtekens gezet te worden bij het gebruik van het evaluatieformulier in de toekomst.

De vraag of de medisch specialisten ruimte geven om pijn naar aanleiding van de pijnanamnese te bespreken, vraag 42, wordt laag gewaardeerd door de verpleegkundigen. Neurologie scoort hier aanzienlijk lager. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de genomen maatregelen de medisch specialisten in te lichten niet afdoende zijn geweest.

Vraag 43 scoort ondergemiddeld. Deze vraag vraagt of de VAP-er van essentieel belang is voor de borging van de implementatie. Een verklaring hiervoor is te vinden in het feit dat ten tijde van de effectmeting nog geen VAP-ers actief waren op de afdeling.

De vragen omtrent het zichtbare werk van de projectgroep op de afdelingen scoren gemiddeld, dit zijn vraag 38, 39 en 41. De verpleegkundigen ervaren voldoende informatie en stimulatie van de projectgroep en geven daarnaast aan ruimte ervaren te hebben voor vragen en opmerkingen. Dit geeft weer dat de projectgroep heeft voorzien

in mogelijkheden om de implementatie tot een succes te maken. In hoofdstuk 4.4.1 is te lezen dat de projectgroep zich regelmatig op de afdelingen heeft laten zien en in gesprek is gegaan met de verpleegkundigen. Dit lijkt zijn vruchten te hebben afgeworpen.

6.5 Eindconclusie

Het huidige implementatieplan biedt, met uitzondering van enkele punten, effectieve aanknopingspunten voor een succesvolle implementatie van de pijnanamnese. Ondanks de korte duur van de pilot is er op bijna elk vlak groei te zien. De uitkomsten van de effectmeting laten zien dat:

- ondanks vooronderstellingen dat functie, contractgrootte en ervaringsjaren invloed zouden kunnen hebben op de resultaten van het onderzoek, dit niet zo is gebleken;
- de kennis ten aanzien van pijn en pijnbehandeling is toegenomen;
- verpleegkundigen meer overtuigd geraakt zijn van het nut van de pijnanamnese;
- verpleegkundigen zich meer verantwoordelijk zijn gaan voelen voor de behandeling van pijn;
- het gebruik van de cijfermatige pijnmeting en de pijnanamnese is gestegen.

Dit biedt perspectief voor de toekomst maar laat ook ruimte zien voor verdere groei. De borging van de uitgevoerde pilot door middel van effectief inzetten van VAP-ers is daarom van cruciaal belang.

7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot de implementatie van de pijnanamnese op de niet-snijdende afdelingen van ZGV naar aanleiding van de conclusie.

7.1 Huidige implementatie

- VAP-ers van de huidige pilotafdelingen dienen voldoende ondersteund te worden; het implementatieproces is immers een langer durend proces. Deze ondersteuning kan plaatsvinden middels bijeenkomsten, evaluaties en vergaderingen.
- Het is noodzakelijk dat de implementatie wordt overgedragen aan het pijnteam; zij zijn immers verantwoordelijk voor de behandeling van pijn binnen ZGV. Dit zal op clusterniveau geregeld moeten worden.
- Het evaluatieformulier blijkt geen meerwaarde te hebben voor de behandeling van pijn. Daarbij zijn de gevraagde evaluatiepunten al elders te noteren in het verpleegkundig dossier. Het evaluatieformulier dient derhalve geschrapt te worden uit het implementatieproces. Dit houdt ook in dat de beslisboom aangepast moet worden.

7.2 Toekomstige implementatie

- Voorafgaand aan een volgende implementatie dient allereerst een onderzoek plaats te vinden naar het draagvlak van de afdeling voor de implementatie. Als uit het onderzoek blijkt dat er geen draagvlak is dient dit allereerst gecreëerd te worden alvorens de implementatie te starten.
- Om de pijnanamnese succesvol te implementeren is het van belang dat er op de afdeling zogenaamde VAP-ers worden aangesteld alvorens aan te vangen met de implementatie.
- De medisch specialisten dienen persoonlijk op de hoogte te worden gesteld van de implementatie van de pijnanamnese zodat de kans groter wordt dat pijn een belangrijker item wordt in de behandeling van patiënten.
- De klinische lessen over behandeling van pijn en het gebruik van de pijnanamnese dienen verplicht gesteld te worden voor alle verpleegkundigen van de afdeling waar de pijnanamnese geïmplementeerd wordt.

7.3 Overig

Onderstaande aanbevelingen vinden niet hun oorsprong in bovenstaand onderzoek maar zijn geformuleerd naar aanleiding van opgedane ervaringen tijdens het proces. Zij lijken derhalve van belang voor ZGV.

- Bij de implementatie van de pijnanamnese dient in het vervolg van tevoren een nulmeting te worden gedaan bij patiënten naar de beleving van pijn en pijnbehandeling. Vervolgens kan hierop een effectmeting plaatsvinden als de implementatie is afgerond.
- Als er op de betreffende afdeling sprake is van een patiëntencategorie die verbaal inadequaat is dient hiervoor een ander meetinstrument voor pijn geïmplementeerd te worden.

8. Discussie

In dit hoofdstuk zijn punten beschreven vanuit het onderzoek die op kunnen roepen tot discussie. Onder andere de methode en de relevantie van het onderzoek worden belicht.

8.1 Onderzoeksmethode

- De enquêtes zijn niet ingevuld in een gecontroleerde omgeving. Hierdoor bestaat de kans dat verpleegkundigen overlegd kunnen hebben over de enquête. Dit zou de betrouwbaarheid van de resultaten hebben kunnen beïnvloeden.
- De vraag 'heb je een klinische les gevolgd' had opgenomen moeten worden in de evaluatie, op deze manier had het effect van de klinische les beter gemeten kunnen worden.
- Ondanks dat beide keren de respons voldoende was, was het verschil tussen de nulmeting en de effectmeting aanzienlijk. De effectmeting kan hierdoor als minder betrouwbaar worden beschouwd.
- Vanwege de korte duur van het project heeft de pilot slechts enkele weken geduurd. Dit maakt dat vraagtekens kunnen worden gezet bij de effect van de implementatie en de betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek.

8.2 Relevantie van het onderzoek

- De verpleegkundigen van de afdeling neurologie hebben aangegeven, vanwege de vele projecten die lopen op deze afdeling, 'projectmoe' te zijn. Dit kan invloed hebben gehad op de respons en op het gebruik van de pijnanamnese.
- Er is een kans dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven zijn, bijvoorbeeld bij de vraag of er gebruik gemaakt wordt van de pijnanamnese.
- De algemene gegevens functie, contractgrootte en ervaringsjaren zijn irrelevant voor het onderzoek gebleken.

Literatuurlijst

Boeken

Baarda, D.B. et al, *Basisboek kwalitatief onderzoek*, Wolters-Noordhoff bv Groningen 2001

Baarda, D.B. en De Goede, M.P.M., *Basisboek methoden en technieken; handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*, Stenfert Kroese, Groningen 2001

Carpenito L.J., *Zakboek verpleegkundige diagnosen*, Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, 2002

CBO, *Consensusbijeenkomst: Verpleegkunde bij pijn*, Utrecht 1994

Cranenburgh, L. van., *Pijn en pijnzin*, Uitgeverij Lemma, Utrecht 1993

Crul, Dr. B.J.P., *Mens en Pijn*, Valkhof Pers, Nijmegen 2007

Francke, A.L. en Vogelaar, P.J.W., *Pijn als verpleegprobleem*, Kavanah, Dwingeloo 2003

Graeff, de, et al, *Palliatieve zorg; Richtlijnen voor de praktijk*, Drukkerij Van Wijland BV, Laren 2006

Grol, R. et al, *Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2006

Ham, van der H. et al, *De verpleegkundige als coach*, Thieme Meulenhoff, Utrecht 2006

Jong, J.H.J. et al, *Handboek verpleegkunde*, Bohn Stafleu van Loghem, Houten, 2003

Klaren A.D. en Van der Meer, C.A., *Oncologie, handboek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners*, Bohn Stafleu van Loghem, Houten, 2004

Leistra E, Liefhebber S, Geomini M, Hens H, *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, ELSEVIER gezondheidszorg, Maarssen, 2004

McCaffery M. *Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions*. LosAngeles: UCLA Students Store. 1968

Milisen, K., *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2002

Plochg, Dr. T., Juttman, Dr. R.E., Klazinga, Prof. Dr. N.S., Mackenback, Prof. Dr. J.P., *Handboek gezondheidszorgonderzoek*, : Bohn Stafleu van Loghem, Houten 2007

Saunders, M. et al, *Methoden en technieken van onderzoek*, Pearson Education Benelux, Amsterdam 2008

Verhoeven, N., *Wat is onderzoek?; Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*, Boom onderwijs, 2007

Wit, dr. R. de, *De verpleegkundige en pijnbestrijding*, Bohn Stafleu Van Loghem, Houten/Diegem 2001

Artikelen

Oldenmenger, W.H. et al, *Naar een landelijke, uniforme verpleegkundige pijnanamnese*, Nederlands Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding, 25, 2005

Scherder, E.J.A. et al, *Chronische pijn bij dementie en bij aandoeningen met een verhoogd risico op cognitieve achteruitgang*, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, jaargang 36, juli 2005

Internet

Baur, M., *Adviesnota, Jouw pijn, mijn pijn*, 2007, geraadpleegd op 24 februari 2009

Online beschikbaar:

<http://www.netwerkpraktijkverpleegkundigen.nl/files/080523mbaur/Adviesnota%20Marc%20Baur.pdf>

Berken, E.H.J. van den et al, *Behandeling voor pijn bij kanker; informatie voor artsen en verpleegkundigen*, 2006, geraadpleegd op 24 februari 2009

Online beschikbaar:

http://www.ikcnet.nl/uploaded/bibliotheek/document/IKL_brochure_pijn_web.pdf

Bizon, dr. M. et al, *Doloplus 2 Scale description*, 2004, geraadpleegd op 24 februari 2009

Online beschikbaar:

www.doloplus.com/versiongb/rubechelle/intro.htm

Hamers, PhD RN J.P.H. et al, *Pain in elderly*, 2007, geraadpleegd op 24 februari 2009

Online beschikbaar:

<http://www.nursingscience.nl/websiteVW/research/pain.htm>

Herk, drs. R. van, Zwakhalen, drs. S.M.G., *Bruikbare meetinstrumenten voor pijn*, 2008, geraadpleegd op 24 februari 2009

Online beschikbaar:

http://nvva.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_113_TICH_R2058411218724210

Herk, R. van, *Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS)*, 2008, geraadpleegd op 24 februari 2009

Online beschikbaar:

www.pijnverpleegkundigen.nl/repos.pdf

Landelijke richtlijnwerkgroep Pijn bij kanker, *Pijn bij kanker*, 2008, geraadpleegd op 19 mei 2009

Online beschikbaar:

http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=556

Maastricht UMC+, *Maastricht UMC Oncologiecentrum voert nieuwe werkwijze in: Spreekuur voor kankerpatiënten met pijnklachten*, 2009, geraadpleegd op 24 februari 2009

Online beschikbaar:

<http://www.medicalfacts.nl/2009/01/12/maastricht-umc-oncologiecentrum-voert-nieuwe-werkwijze-in-spreekuur-voor-kankerpatienten-met-pijnklachten/>

Oldenmenger, W.H. et al, *Handleiding pijnanamnese*, 2006, geraadpleegd op 24 februari 2009

Online beschikbaar:

<http://www.ikcnet.nl/uploaded/FILES/IKO/PalliatiefConsult/Handleiding%20Pijnanamnese.doc>

Wikipedia, *Likertschaal*, 13 maart 2009, geraadpleegd op 16 maart 2009
Online beschikbaar:
<http://nl.wikipedia.org/wiki/Likertschaal>

Zwakhallen, drs. S.M.G. et al, *Project: de effectiviteit van pijnbeoordeling bij ouderen met cognitieve beperkingen zoals dementie*, datum onbekend, geraadpleegd op 24 februari 2009
Online beschikbaar:
<http://www.levv.nl/fileadmin/sites/levv/PDF/VN%20Congres%202003/080%20-%20Zwakhallen%20-%20Pijnbeoordeling%20ouderen.pdf>

Zwakhallen, drs. S.M.G. et al, *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate, NL versie (PACSLAC-D)**, 2008, geraadpleegd op 24 februari 2009
Online beschikbaar:
<http://www.nursingscience.nl/websiteVW/research/Pacslac%20Dutch%20translation%202008.pdf>

Overig

Gesprek W.H. Oldenmenger via telefonisch contact op 19 februari 2009

Van der Boom en Westerlaken-Dorresteyn, *Competentietoets Beroepsbeoefenaar en Ontwerper*, Ede, 2009

BIJLAGEN

Inhoud bijlagen

In de bijlagen zijn documenten opgenomen die als ondersteuning dienen van het onderzoeksverslag. Indien er geen bronvermelding aanwezig is heeft de projectgroep het document zelf ontwikkeld.

1. Handleiding Landelijke Pijnanamnese
2. Landelijke Pijnanamnese
3. Handleiding pijnevaluatie
4. Pijnevaluatie
5. Implementatieplan pijnteam
6. Verantwoording enquêtevragen
7. Enquête nulmeting
8. Enquête effectmeting
9. Patiëntenfolder
10. Functieomschrijving VAP-er
11. Beslisboom
12. Posters
13. Informatiebrief medisch specialisten
14. Informatiebrief verpleegkundigen
15. Nieuwsbericht ZIP
16. Hand-out klinische les
17. Overige resultaten

1. Handleiding Landelijke Pijnanamnese

De Landelijke Pijnanamnese uit bijlage 2 en de bijbehorende handleiding hieronder zijn ontwikkeld door de Landelijke Werkgroep Pijnanamnese. (2006)

De definities met betrekking tot pijn waar in deze pijnanamnese van uitgegaan wordt zijn:

- 'Pijn is wat degene die pijn heeft, zegt dat het is. En het bestaat telkens als hij zegt dat het bestaat.' (McCaffery, 1979)
- Acute pijn: wordt veroorzaakt door weefselbeschadigingen gekenmerkt door een relatief duidelijke relatie tussen de schadelijke prikkel en de pijn.
- Chronische pijn: pijn die langer bestaat dan de verwachte hersteltijd van de oorspronkelijke weefselbeschadiging.

De pijnanamnese is een hulpmiddel bij:

- Het verhelderen van het pijnprobleem
- Het stellen van (verpleegkundige) diagnoses en het afspreken van interventies

De pijnanamnese dient afgenomen te worden wanneer tijdens de verpleegkundige anamnese de patiënt aangeeft pijn te hebben of pijnmedicatie gebruikt. Tevens kan de pijnanamnese gebruikt worden wanneer de patiënt gedurende de opname, of zorgvraag thuis pijn ontwikkeld.

De pijnanamnese wordt, aan de hand van de volgende aanwijzingen, ingevuld door de verpleegkundige in samenwerking met de patiënt.

Probleem

1. Locatie van de pijn

Laat de patiënt op het plaatje aangeven waar hij de pijn voelt. Indien hij op meer dan 1 plaats pijn heeft: Geef middels cijfers aan welke pijn het voornaamst is (1) en welke minder (2, 3, etc.). Indien de pijn uitstraalt, geef dit aan d.m.v. arcen.

2. Hoelang deze pijn?

Laat de patiënt aangeven hoe lang hij al last heeft van deze pijn

5. Omschrijving van de pijn

De manier waarop de patiënt zijn pijn omschrijft kan inzicht geven in de aard en de oorzaak van de klachten. Noem telkens de drie onder elkaar staande termen op en vraag de patiënt of zijn pijn zodanig voelt, noteer (van de drie termen) de sterkste classificatie. Patiënten herkennen meestal meteen de

- omschrijving die past bij hun pijn. Vraag ook of de patiënt nog een andere omschrijving heeft voor zijn pijn.
- 6. Hoeveel pijn is draaglijk** Bij welk cijfer is de pijn nog acceptabel en belemmert de pijn de patiënt niet teveel.

Etiologie

- 7. Oorzaak** Laat de patiënt uitleggen wat hij denkt dat de oorzaak van zijn pijn is.
- 8. Verergerende factoren** Pijn kan door vele factoren verergeren. Er staan slechts een aantal genoemd. Probeer te achterhalen wat de pijn bij deze patiënt verergert. Noteer ook als de patiënt zegt dat de pijn zonder aanleiding erger wordt.
- 9. Pijnverlichtende factoren** Ga na wat de patiënt doet of nalaat om de pijn te verlichten.

Symptomen

- 10. Invloed van pijn op slaap** Ga na of de pijn of pijnbehandeling van invloed is op het slaappatroon.
- 11. Invloed van pijn op andere aspecten van dagelijks leven** Ga na of de pijn of pijnbehandeling van invloed is op genoemde aspecten van het dagelijks leven en een probleem vormt voor het welzijn van de patiënt.
- 12. Invloed van pijn op stemmingen en emoties** Pijn is vaak van invloed op stemmingen en emoties. Ga na of dat bij de patiënt van toepassing is.
- 13. Medicijnen** Vraag de patiënt op te noemen welke medicijnen hij daadwerkelijk slikt. Vraag tevens wanneer hij deze slikt (tijden) en de dosering.
- 14. Last van bijwerkingen** Vraag per item of de patiënt daar last van heeft en vul, indien van toepassing, in *hoeveel* last.
- 15. Opmerkingen** Wanneer gesprek niet met patiënt gevoerd is, vermeld dan hier wie de gegevens verstrekt heeft.

2. Landelijke Pijnanamnese

Pijnanamnese

BETREFT PATIËNT:

M / V

Naam verpleegkundige:

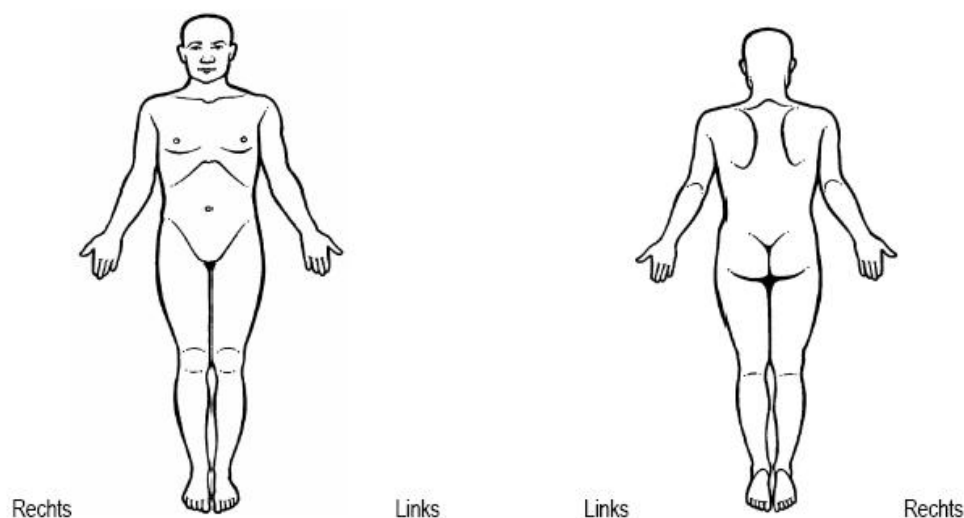
Afdeling:

Instelling:

Datum:

Probleem

1. WAAR HEEFT U PIJN? (op tekening aangeven, indien van toepassing op meerdere plaatsen)



2. SINDS WANNEER HEEFT U DEZE PIJN?

.....dagenwekenmaandenjaren

3. HOE IS UW PIJN ONTSTAAN?

0 geleidelijk 0 plotseling

4. WELK VERLOOP HEEFT UW PIJN?

0 De pijn is steeds even erg aanwezig
0 De pijn verloopt in aanvallen, d.w.z. tussen de aanvallen is de pijn weg
0 De pijn is wisselend van ernst maar is nooit helemaal weg

5. HOE ZOU U DE PIJN DIE U VOELT HET BESTE KUNNEN OMSCHRIJVEN?

1	2	3
0 opflikkerend	0 prikkelend	0 drukkend
0 flitsend	0 stekend	0 knellend
0 schietend	0 doorborend	0 snoerend

4	5	6
0 branderig	0 scherp	0 zeurend
0 brandend	0 snijdend	0 knagend
0 vlammend	0 messcherp	0 hardnekkig
0 anders, nl.		

6. ALS U UW PIJN UITDRUKT IN EEN CIJFER TUSSEN 0 EN 10, WAARBIJ 0 BETEKENT GEEN PIJN EN 10 BETEKENT DE ERGSTE PIJN DIE U ZICH KUNT VOORSTELLEN, HOEVEEL PIJN

a. heeft u op dit moment?
b. had u gemiddeld de afgelopen week?
c. heeft u als uw pijn het minst erg is?
d. heeft u als uw pijn op zijn ergst is?
e. vindt u draaglijk?

Etologie (oorzaak + samenhangende factoren)

7. WAARDOOR DENKT U DAT UW PIJN WORDT VEROORZAAKT?

.....
.....

0 Behandelingen
0 Anders, nl

.....

a. inslapen	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
b. doorslapen	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
c. werd u de afgelopen week 's morgens wakker met pijn?	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel

a. bij normale houding en beweging	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
b. bij normale eetgewoonten	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
c. bij normale bezigheden en/of werkzaamheden?	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
d. in contacten met anderen	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel

a. gespannen	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
b. somber	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
c. zenuwachtig	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
d. boos	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
e. minder geconcentreerd	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
f. angstig	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
g. futloos	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
h. anders, nl.		0 beetje	0 tamelijk	0 veel

[illegible]

SYMPTOMEN	0	1	2	3	4
Hoofdpijn	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Verwardheid	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Sufheid	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Duizeligheid	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Droge mond	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Jeuk	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Misselijkheid/ braken	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Maagpijn	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Obstipatie	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel	
Anders, nl.....		0 beetje	0 tamelijk	0 veel	

.....

.....

.....

.....

3. Handleiding pijnevaluatie

Het pijnevaluatie formulier uit bijlage 4 en de bijbehorende handleiding hieronder zijn ontwikkeld door de IKL werkgroep oncologisch verpleegkundigen Limburg. (WOVL)

Pijnevaluatie

Om een beeld te krijgen van het effect van de behandeling van pijnreducerende interventies zal er geëvalueerd moeten worden. Dit kan met behulp van het pijnevaluatieformulier. Het pijnevaluatieformulier wordt toegepast in combinatie met de pijnanamnese.

Bij het evaluatiegesprek zijn naast wat de patiënt verteld ook de observaties van de verpleegkundige van belang. In het geval een discrepantie bestaat tussen wat de patiënt vertelt en wat de verpleegkundige observeert, dient dit gedocumenteerd te worden. Aan de hand van de evaluatiegegevens wordt het beleid zonodig bijgesteld.

Stappenplan voor het gebruik van het evaluatieformulier

1. De dag dat de pijnanamnese wordt afgenomen is ook de eerste dag van de pijnevaluatie. Voor het invullen van het evaluatieformulier kunnen de gegevens uit de pijnanamnese gebruikt worden.
2. Vervolgens wordt het evaluatieformulier samen met de patiënt ingevuld. Aanvankelijk dagelijks (1 dd dan wel vaker en bij voorkeur op hetzelfde tijdstip).
3. De dagelijkse evaluatie wordt voortgezet totdat de patiënt de pijn gedurende tenminste 3 dagen al aanvaardbaar beschouwd. Vanaf dat moment kan de frequentie, in overleg met de patiënt, worden afgebouwd.
4. Bij toename van de pijnklachten en/of wijziging in de behandeling of pijnreducerende interventie wordt de evaluatie herhaald vanaf stap 2.

4. Pijnevaluatie

Pijnevaluatie formulier

Naam:

Geboortedatum:

Datum / tijdstip van afname	dd. :	tijd:	dd. :	tijd:	dd. :	tijd:
Hoe is uw pijn nu? Pijnscore/cijfer 0-10 ¹ (pijnmeeetlatje gebruiken)						
Overzicht pijnmedicatie Co-analgetica + tijden van toediening						
1						
2						
3						
4						
Reden tot verandering medicatie/therapie						
Heeft u last van bijwerkingen Zoals: obstipatie, misselijkheid, sufheid?						
Wanneer heeft u de meeste pijn? Lopen, zitten, liggen, bij houdingsverandering overdag-'s nachts						
Hoe heeft u geslapen? Gebruik slaapmedicatie/welke						
Gebruikt u andere methoden om de pijn te bestrijden, zoals ontspanningsoefeningen, massage, warme/koude, anders? Wat is het effect?						
Eventuele toelichting						
Verpleegkundige paraaf						

0 = geen pijn 10 = ondraaglijke pijn

5. Implementatieplan voor pijnteam

Voor u ligt het plan voor de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese (pijnanamnese) met daaraan gekoppeld de cijfermatige pijnmeting op de niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV). Het implementatieplan bestaat uit verschillende fasen: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Door volgens een implementatiemodel deze implementatie uit te voeren wordt de kans vergroot dat de implementatie succesvol is. De kans dat een belangrijke stap overgeslagen wordt is hierdoor het minst groot. De methode die gebruikt is voor deze implementatie is afkomstig uit 'Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg'.¹

Het proces van de implementatie van de pijnanamnese is onlosmakelijk verbonden met de implementatie van de cijfermatige pijnmeting; deze pijnmeting geeft de indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese en is een belangrijke graadmeter voor de evaluatie hiervan. Als de pijnanamnese genoemd wordt, houdt dit derhalve ook de cijfermatige pijnmeting in.

Doelstelling

De cijfermatige pijnmeting en de Landelijke Pijnanamnese worden geïmplementeerd en geborgd op de niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Beoogde resultaten

Aan de hand van de bovenstaande doelstelling zijn de volgende resultaten geformuleerd waarmee de doelstelling behaald kan worden:

- verpleegkundigen (hieronder worden verpleegkundigen, verzorgenden, leerlingen en stagiaires verstaan) hebben kennis over pijn, cijfermatige pijnmeting en de Landelijke Pijnanamnese;
- verpleegkundigen integreren bovenstaande kennis in hun dagelijkse werkzaamheden;
- de implementatie is geborgd zodat de cijfermatige pijnmeting en de pijnanamnese gebruikt blijven worden.

Taakverdeling

Verpleegkundigen met Aandachtsgebied Pijn:

- Coördinator VAP Wilma Kleijer
- VAP oncologie kandidaat: B. van Vulpen, C. Bosma, D. Brons, H.

¹ Grol, R. et al, *Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2006

Haver

- VAP neurologie
 - VAP interne 2
- J. Elsinga, H. van Lagen

Doelgroep

Verpleegkundigen van de niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Fase 1 - Oriëntatie

De verpleegkundigen worden van deze implementatie op de hoogte gesteld door middel van een brief waarin het proces van de implementatie globaal omschreven wordt. Deze brief is voornamelijk gericht op de werving van verpleegkundigen voor de functie van Verpleegkundigen met Aandachtsgebied Pijn. Om de implementatie op de afdeling te kunnen bewaken is het namelijk van essentieel belang dat verpleegkundigen aangesteld worden met deze taak. Deze zogenaamde VAP-ers zullen van tevoren worden ingelicht over de ins en outs van de implementatie. Zij dienen als aanspreekpunt van de afdeling tijdens en na de implementatie.

Door het project te presenteren op afdelingsvergaderingen en werkoverleggen wordt eveneens bekendheid gegeven aan de implementatie van de pijnanamnese op de afdelingen. Om ziekenhuisbreed bekendheid aan het project te geven wordt een nieuwsbericht geplaatst op het interne nieuwsbulletin ZIP.

Fase 2 - Inzicht

Verpleegkundigen

Om pijn en het belang en het gebruik van de pijnanamnese binnen het team te bespreken zal een klinische les gegeven worden. Het doel hiervan is het vergroten van de kennis met betrekking tot pijn en de pijnanamnese. Daarnaast wordt het belang van de pijnanamnese uiteengezet. Het is de bedoeling dat de verpleegkundigen hierdoor gemotiveerd en gericht aan de slag zullen gaan met de pijnanamnese. Deze klinische les wordt verplicht gesteld en uitbetaald, zodat alle verpleegkundigen bereikt worden. De hoofdpunten van de klinische les zullen naderhand tevens middels een email verspreid worden.

Medisch specialisten

Omdat de behandeling van pijn een multidisciplinaire aangelegenheid is dienen de medisch specialisten ook op de hoogte te zijn van de implementatie van de pijnanamnese. Allereerst zullen zij door middel van een brief worden ingelicht. Daarnaast dienen de medisch specialisten eveneens op een persoonlijke manier te worden ingelicht.

Dit zal gebeuren tijdens een bijeenkomst waar alle medisch specialisten van de afdeling aanwezig zijn. De gevolgen die de pijnanamnese heeft voor de behandeling van patiënten met pijn vallen onder de verantwoordelijkheid van de medisch specialisten; hier wordt in de brief en de bijeenkomst niet inhoudelijk op ingegaan. Op het feit dat een cijfermatige pijnmeting van vier of hoger onacceptabele pijn weergeeft wordt echter wel gewezen. Van essentieel belang is dat duidelijk gemaakt wordt dat de pijnanamnese de behandeling van pijn ten goede komt en dat het derhalve in het belang van de medisch specialisten is dat de verpleegkundigen hier gebruik van maken.

Patiënten

Naast de verpleegkundigen en de medisch specialisten is het ook van belang dat de patiënten op de hoogte zijn van de pijnanamnese. De cijfermatige pijnmeting is voor de patiënt het belangrijkste onderdeel van de pijnanamnese. Om de patiënt in te lichten over wat de cijfermatige pijnmeting is en hoe deze werkt is een patiënteninformatiefolder ontwikkeld. Deze zal aan alle patiënten bij opname gegeven worden. Daarnaast zullen de verpleegkundigen tijdens de klinische les gemotiveerd worden het onderwerp pijn en de cijfermatige pijnmeting te benoemen in het contact met patiënten.

Fase 3 – Acceptatie

Motivatie

Zoals hierboven is aangegeven is de klinische les het moment dat de verpleegkundigen geïnformeerd worden over pijn en de pijnanamnese. Onder andere door middel van casuïstiek en literatuurbespreking zal getracht worden de verpleegkundigen het belang in te laten zien van de pijnanamnese. Uit vooronderzoek op de afdeling oncologie is gebleken dat wanneer het belang van de pijnanamnese voor de patiënt ingezien wordt, de verpleegkundigen gemotiveerd zijn deze te gebruiken.²

Om de verpleegkundigen tijdens de implementatie te motiveren de pijnanamnese te gebruiken zijn de VAP-ers onmisbaar. Zij kunnen de verpleegkundigen met raad en daad terzijde staan. Onduidelijkheden of vragen waar ze niet uitkomen kunnen zij doorspelen naar het pijnteam.

Door posters op te hangen op de afdeling wordt de implementatie onder de aandacht gehouden.

Veranderingsgezindheid

² Van der Boom en Westerlaken-Dorresteyn, *Competentietoets Beroepsbeoefenaar en Ontwerper*, Ede, 2009

De keuze om de pijnanamnese daadwerkelijk te gaan gebruiken hangt samen met de manier waarop deze ingevoerd wordt op de afdeling. Het is belangrijk om samen met de verpleegkundigen te kijken naar wat nodig is om de pijnanamnese te implementeren in de dagelijkse werkzaamheden. Door de verpleegkundigen te betrekken bij het proces wordt de kans verminderd dat het gevoel ontstaat dat de implementatie opgelegd is. De verpleegkundigen worden erkend in hun rol. Dit zal de veranderingsgezindheid ten goede komen.

De VAP-ers zijn in deze fase van de implementatie wederom onmisbaar. Zij zijn onderdeel van het verpleegkundig team en kunnen het beste aangeven hoe het team te benaderen is.

Weerstand tegen de verandering die de implementatie met zich mee brengt is te verwachten. Een bekend argument bij verandering is dat de verpleegkundigen geen tijd hebben. Om te achterhalen waar de weerstand precies ligt kunnen VAP-ers in gesprek gaan met de verpleegkundigen. Het doel hiervan is om de verpleegkundigen tegemoet te komen door hen hun verhaal te laten doen, daar erkenning voor te geven en vervolgens te werken naar een oplossing.

Fase 4 – Verandering

Invoering in de praktijk

Naar aanleiding van een eerder uitgevoerde enquête over het belang en gebruik van de pijnanamnese onder oncologieverpleegkundigen in ZGV (Van der Boom en Westerlaken-Dorresteyn, 2009), zijn de volgende acties ontwikkeld en getoetst:

- allereerst zal de secretaresse van de afdeling bij de indeling van de dossiers de pijnanamnese, het evaluatieformulier en de patiëntinformatiefolder toevoegen;
- de pijnanamnese moet gemakkelijk beschikbaar zijn zodat de verpleegkundigen hier niet naar hoeven te zoeken. Een goede plek voor de pijnanamnese is in het verpleegkundig dossier achter de standaard anamnese die bij opname ingevuld wordt;
- om het proces rond de pijnanamnese inzichtelijk te maken is een beslisboom ontwikkeld. Deze zal, samen met de handleiding voor de pijnanamnese en de handleiding voor het evaluatieformulier geplastificeerd in de teamposten komen te liggen;
- om het evaluatieformulier gemakkelijk bereikbaar te houden wordt deze, na afname van de pijnanamnese, in de houder voor de infuuslijst opgehangen aan het bed. Bij de controles in de ochtend kan deze lijst direct ingevuld worden als de verpleegkundige de cijfermatige pijnmeting uitvoert. Om het invullen van het evaluatieformulier te waarborgen moet dit doorgepland worden in de actieplanning;

- als hulpmiddel voor het vragen naar de pijn wordt aan de controleapparaten een pijnmeetlat bevestigd. Hierdoor krijgt deze pijnmeetlat min of meer dezelfde status als de thermometer en de bloeddrukmeter;
- met de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) zal ook de pijnanamnese gedigitaliseerd worden;
- de beslisboom, de handleidingen voor de pijnanamnese en het evaluatieformulier zijn opgenomen in Q-portaal. Q-portaal is de databank van ZGV voor protocollen.

Fase 5 – Behoud

Borging

De verpleegkundigen worden onder andere door de VAP-ers gestimuleerd de pijnanamnese te gebruiken. Het doel is dat elke verpleegkundige dagelijks de pijnmeting uitvoert zoals ook temperatuur gemeten wordt.

Daarnaast kunnen de VAP-ers het goede voorbeeld geven met betrekking tot het gebruik van de pijnanamnese. Ook kunnen zij het onderwerp op de agenda houden met als doel dat het gebruik van de pijnanamnese geïntegreerd blijft in de dagelijkse werkzaamheden. Daarnaast kunnen zij fungeren als aanspreekpunt voor het pijnteam.

Het pijnteam heeft een overkoepelende functie; zij informeren de VAP-ers over nieuwe ontwikkelingen en borgen op deze manier de implementatie. Zij kunnen twee maal per jaar een bijeenkomst organiseren voor VAP-ers om ervaringen uit te wisselen en te leren van elkaar.

Regelmatige evaluatie van de pijnanamnese is van belang. Dit kan onder andere in de teamvergadering plaatsvinden. Punten die uit de evaluatie komen kunnen eventueel worden aangepast. Deze punten worden doorgespeeld naar het pijnteam.

6. Verantwoording enquêtes

Houding, vaardigheden en kennis zijn nodig voor het toepassen van de pijnmeting en de pijnanamnese. (Van der Ham, 2006) Verpleegkundigen moeten de kennis hebben over het onderwerp en de vaardigheid om de pijnanamnese te gebruiken. Zonder deze twee elementen is het onwaarschijnlijk dat de implementatie van de pijnanamnese een succes wordt. Daarnaast is de houding van de verpleegkundige van belang, hierbij kan gedacht worden aan een open houding en de wil om te veranderen. De enquête is gebaseerd op deze houding, vaardigheden en kennis van de verpleegkundige. Door ze op deze elementen te toetsen kan de implementatiestrategie worden bepaald. Ook kan bepaald worden of de implementatie gezorgd heeft voor verandering in de houding, vaardigheden en kennis bij de verpleegkundige.

De nulmeting is opgebouwd uit twee delen, namelijk 'kennis' en 'gebruik'. De kennis wordt getoetst in het onderdeel 'kennis', de houding en vaardigheden worden getoetst in het onderdeel 'gebruik'. Daarnaast zijn enkele algemene gegevens gevraagd waarvan aangenomen kan worden dat deze invloed hebben op de resultaten.

De algemene gegevens bestaan uit:

- Afdeling. Deze variabele is noodzakelijk om de pilotafdelingen met elkaar te vergelijken.
- Functie. Deze variabele is opgenomen om te kijken of bijvoorbeeld het kennisniveau verschillend is per functie.
- Contractgrootte in gewerkte uren per week. Deze variabele is gekozen in verband met de hypothese dat verpleegkundigen die meer uren per week werkzaam zijn op een afdeling een verandering sneller oppakken.
- Ervaringsjaren op een niet-snijdende afdeling. De vooronderstelling dat verpleegkundigen met meer ervaring meer kennis hebben ligt ten grondslag aan de keuze voor deze variabele.
- Leeftijd. Deze variabele is gekozen vanuit de hypothese dat de flexibiliteit van verpleegkundigen afneemt naarmate de leeftijd toeneemt.

Het onderdeel 'kennis' is opgebouwd uit vragen met een 'juist'/'onjuist' antwoordschaal.

Het is op te delen in vier delen:

- Pijn (vraag 1 t/m 4). Kennis over pijn is van belang voor de implementatie. Deze vragen geven een indicatie hoe het met de kennis van de verpleegkundige is gesteld.
- De rol van arts en verpleegkundigen (vraag 5 t/m 7). Hierin wordt bepaald of de verpleegkundige weet wat haar rol is omtrent pijn, maar ook wat haar verantwoordelijkheid is.

- Pijnmeting (vraag 8 t/m 11). Dit is een belangrijk onderdeel in het proces, zoals geschreven staat in de literatuur.
- Pijnanamnese (vraag 12 t/m 18). Vanzelfsprekend is kennis over de pijnanamnese noodzakelijk voor het gebruik hier van.

Deze vragen geven een indicatie van hoe het met de kennis van de verpleegkundige is gesteld en waar bijscholing over nodig is. De vragen zijn gebaseerd op de volgende literatuur:

<i>Vraag:</i>	<i>Bron:</i>
1,4,5,6	Francke 2003 (Pijn als verpleegprobleem)
2,11	Graeff 2006 (Palliatieve zorg; Richtlijnen voor de praktijk)
3	Klaren en van der Meer, 2004 (Oncologie, handboek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners)
7	Leistra 2004 (beroepsprofiel verpleegkundige)
8,9,10,14,15,17,18	Oldenmenger 2006 (handleiding pijnanamnese)
12	Landelijke richtlijnwerkgroep Pijn bij kanker 2008 (Pijn bij kanker)
13	Projectgroep Pijnvrij in de Vallei 2009
16	Oldenmenger 2006 (naar een landelijke, uniforme verpleegkundige pijnanamnese)

Het onderdeel 'gebruik' bestaat uit stellingen die de verpleegkundige middels een cijfer kan beoordelen. Het bestaat uit drie onderdelen:

- Pijn op de afdeling (vraag 19 t/m 22). Hierin wordt naar de mening van de verpleegkundige gevraagd over de behandeling van pijn op de afdeling en haar eigen handelen daarin richting de patiënt.
- Pijnanamnese en pijnmeting (vraag 23 t/m 28 en 32). Deze vragen gaan specifiek over of de verpleegkundige het van belang vindt om de pijnanamnese te gebruiken. Het geeft ook een indicatie van de veranderingsgezindheid van de verpleegkundige.
- Tools (29 t/m 31). Als laatste kan de verpleegkundige haar mening geven in welke mate zij in staat is de pijnanamnese te integreren in haar werkzaamheden.

De vragen zijn gebaseerd op de gevonden literatuur en de expertise van de projectgroep met betrekking tot het gebruik van de pijnanamnese.

Als laatste hebben we de verpleegkundige de vraag gesteld om de kwaliteit ten aanzien van pijn te beoordelen met een cijfer. Deze vraag kan goed gebruikt worden bij de effectmeting om het resultaat van de implementatie concreet te maken.

Evaluatie

Bij de effectmeting is het onderdeel 'evaluatie' toegevoegd om het implementatieproces te evalueren. De belangrijkste punten in het proces zijn uitgelicht en worden ter evaluatie aan de verpleegkundigen voorgelegd. Naar aanleiding van deze uitkomsten kunnen specifieke aanbevelingen worden gedaan naar het pijnteam. Tot slot krijgt de verpleegkundige de ruimte om zelf met aandachtspunten, feedback of vragen te komen.

7. Enquête nulmeting

ENQUÊTE NAAR KENNIS EN GEBRUIK VAN DE LANDELIJKE PIJNANAMNESE

Beste collega,

Dit is de eerste enquête voor de pilot van de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese. Het invullen van de enquête kost slechts 10 minuten van uw tijd en is noodzakelijk voor het verdere verloop van de pilot.

De enquête bestaat uit drie onderdelen:

- Er worden allereerst algemene gegevens gevraagd, hierbij is uw anonimiteit gewaarborgd. Omcirkel het juist antwoord.
- Vraag 1 t/m 18 gaat over uw kennis over pijn en de pijnanamnese. Hierbij dient u het vakje met het antwoord van uw keuze aan te kruisen.

VOORBEELD

		Juist	Onjuist
1.	Het alfabet bestaat uit 26 letters	X	

- Vraag 19 t/m 32 bestaat uit stellingen waarmee u kunt aangeven hoe u denkt over de behandeling van pijn en het gebruik van de pijnanamnese. Met de volgende cijfers kun u aangeven in hoeverre u het eens bent met de stellingen:

- 1= Helemaal oneens
- 2= Oneens
- 3= Noch mee oneens, noch mee eens
- 4= Eens
- 5= Helemaal eens

U kunt bij dit onderdeel geen fout antwoord geven. Wanneer u echter voor uzelf een verkeerd antwoord hebt omcirkeld kunt u dit verbeteren door een kruisje te zetten door het verkeerd omcirkelde cijfer en dan het juiste te omcirkelen.

Neem bij het antwoorden het volgende in acht:

- Voor elk antwoord slechts één mogelijkheid aankruisen of omcirkelen.
- Sla geen vraag over.
- Lees elke vraag of stelling eerst aandachtig door en antwoord zo spontaan mogelijk.
- Geef telkens uw eigen oordeel, niet wat anderen denken.

LEVER DE ENQUÊTE IN VOOR **11 MAART** IN DE DAARVOOR BESTEMDE DOOS

ALGEMENE GEGEVENS

Omcirkel het juiste antwoord.

1. Op welke afdeling werkt u?

- A. Interne 2
- B. Neurologie
- C. Oncologie

2. Wat is uw functie?

- A. Verpleegkundige
- B. Verzorgende
- C. Leerling
- D. Stagiaire
- E. Anders, nl.:.....

3. Hoeveel uur werkt u per week?

- A. <8
- B. 9- 16
- C. 17- 24
- D. 25- 32
- E. 33- 36

4. Hoeveel jaar bent u al werkzaam op deze of een andere niet-snijdende afdeling?

- A. < 2
- B. 2- 4
- C. 4- 6
- D. > 6

5. Wat is uw leeftijd?

- A. < 20
- B. 21- 30
- C. 31- 40
- D. 41- 50
- E. 51- 60
- F. 61 en ouder

KENNIS		Juist	Onjuist
1.	Pijn is objectief.		
2.	Pijn is het gevolg van weefselbeschadiging.		
3.	Pijn is wat de patiënt aangeeft dat het is.		
4.	Pijn wordt bepaald door zowel somatische als psychische factoren.		
5.	Je hoeft pas naar de pijn te vragen als je duidelijk ziet dat de patiënt pijn heeft.		
6.	Informatieverstrekking door de verpleegkundige heeft een gunstige werking op de pijn van de patiënt.		
7.	De arts is verantwoordelijk voor de behandeling van pijn.		
8.	Een indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese is als de pijnscore (PIM) 4 of hoger is.		
9.	Een indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese is als de pijnscore (PIM) 5 of hoger is.		
10.	Een indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese is als de pijnscore (PIM) 6 of hoger is.		
11.	Er dient dagelijks een cijfermatige pijnmeting uitgevoerd te worden bij alle patiënten. (bijv. PIM, VAS)		
12.	De pijnanamnese gebruik je voornamelijk in de palliatieve fase.		
13.	De pijnanamnese is een uitgebreide vragenlijst waarin onder andere gevraagd wordt naar hoe de patiënt zijn pijn beleeft.		
14.	De pijnanamnese wordt gebruikt bij patiënten bij wie geen pijnmeting verricht kan worden.		
15.	De pijnanamnese kan het beste door de arts, arts- assistent of co-assistent afgenomen.		
16.	Het dagelijks afnemen van de pijnanamnese is noodzakelijk voor een goede pijnbehandeling.		
17.	De pijnanamnese is niet van toepassing op patiënten met chronische pijn.		
18.	De pijnanamnese heeft als doel om de plaats en de oorzaak van de pijn in kaart te brengen.		

GEBRUIK

Omcirkel wat het meest overeenkomt met uw mening:

- 1= Helemaal oneens
- 2= Oneens
- 3= Noch mee oneens, noch mee eens
- 4= Eens
- 5= Helemaal eens

19.	Ik vind dat ik genoeg aandacht heb voor de pijn van de patiënt.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
20.	Ik observeer specifiek op pijn bij patiënten.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
21.	Ik vind dat patiënten op deze afdeling onnodig lang pijn houden.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
22.	Ik ben op de hoogte van de functie van het pijnteam.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
23.	Ik voer dagelijks bij alle patiënten een cijfermatige pijnmeting uit (bijv. PIM, VAS).	1 – 2 – 3 – 4 – 5
24.	Ik weet van het bestaan af van de Landelijke Pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
25.	Ik weet wanneer ik de Landelijke Pijnanamnese moet gebruiken.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
26.	Bij patiënten met pijn neem ik de pijnanamnese af.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
27.	Ik vind dat de kwaliteit van zorg omhoog gaat bij het gebruik van de pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
28.	Het is belangrijk dat ik de Landelijke Pijnanamnese gebruik.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
29.	Ik heb hulpmiddelen nodig om de pijnanamnese te kunnen integreren in mijn werkzaamheden.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
30.	Ik vind dat ik te weinig tijd heb om de landelijke pijnanamnese in te vullen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
31.	Ik vind dat ik over te weinig kennis beschik om de pijnanamnese goed te kunnen gebruiken.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
32.	Ik vind het gebruik van de pijnanamnese niet nodig.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

U bent aan het einde gekomen van de enquête over uw kennis en gebruik van de pijnanamnese. Tot slot willen wij u nog vragen om met een cijfer tussen 0 en 10 om aan te geven hoe u de kwaliteit van zorg beoordeelt ten aanzien van de behandeling van pijn.

Hartelijk dank voor uw medewerking,

Frank van der Boom, contactpersoon Neurologie

Inge ter Maat, contactpersoon Interne 2

Sanneke Westerlaken – Dorresteyn, contactpersoon Oncologie

8. Enquête effectmeting

ENQUÊTE NAAR KENNIS, GEBRUIK EN EVALUATIE VAN DE LANDELIJKE PIJNANAMNESE

Beste collega,

Dit is de tweede enquête voor de pilot van de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese. Zoals u zult zien komt deze enquête voor een deel overeen met de eerste enquête. Dit is noodzakelijk om het effect te kunnen meten van de implementatie van de pijnanamnese. Het invullen van de enquête kost ongeveer 10 minuten van uw tijd.

De enquête bestaat uit vier onderdelen:

1. Er worden allereerst algemene gegevens gevraagd, hierbij is uw anonimiteit gewaarborgd. Omcirkel het juist antwoord.
2. Vraag 1 t/m 18 gaan over uw kennis over pijn en de pijnanamnese. Hierbij dient u het vakje met het antwoord van uw keuze aan te kruisen.

VOORBEELD

	Juist	Onjuist
1. Het alfabet bestaat uit 26 letters	X	

3. Vraag 19 t/m 32 bestaan uit stellingen waarmee u kunt aangeven hoe u denkt over de behandeling van pijn en het gebruik van de pijnanamnese.
4. Vraag 33 t/m 43 bestaan eveneens uit stellingen waarmee u kunt aangeven hoe u denkt over de implementatie van de pijnanamnese; de evaluatie.

Met de volgende cijfers kun u aangeven in hoeverre u het eens bent met de stellingen:

- 1= Helemaal oneens
- 2= Oneens
- 3= Noch mee oneens, noch mee eens
- 4= Eens
- 5= Helemaal eens

U kunt bij dit onderdeel geen fout antwoord geven. Wanneer u echter voor uzelf een verkeerd antwoord hebt omcirkeld kunt u dit verbeteren door een kruisje te zetten door het verkeerd omcirkelde cijfer en dan het juiste te omcirkelen.

Neem bij het antwoorden het volgende in acht:

- voor elk antwoord slechts één mogelijkheid aankruisen of omcirkelen;
- sla geen vraag over;
- lees elke vraag of stelling eerst aandachtig door en antwoord zo spontaan mogelijk;
- geef telkens uw eigen oordeel, niet wat anderen denken.

LEVER DE ENQUÊTE IN VOOR **7 MEI** IN DE DAARVOOR BESTEMDE DOOS

ALGEMENE GEGEVENS

Omcirkel het juiste antwoord.

1. Op welke afdeling werkt u?

- D. Interne 2
- E. Neurologie
- F. Oncologie

2. Wat is uw functie?

- F. Verpleegkundige
- G. Verzorgende
- H. Leerling
- I. Stagiaire
- J. Anders, nl.:

3. Hoeveel uur werkt u per week?

- F. <8
- G. 9- 16
- H. 17- 24
- I. 25- 32
- J. 33- 36

4. Hoeveel jaar bent u al werkzaam op deze of een andere niet-snijdende afdeling?

- E. < 2
- F. 2- 4
- G. 4- 6
- H. > 6

5. Wat is uw leeftijd?

- G. < 20
- H. 21- 30
- I. 31- 40
- J. 41- 50
- K. 51- 60
- L. 61 en ouder

KENNIS		Juist	Onjuist
1.	Pijn is objectief.		
2.	Pijn is het gevolg van weefselbeschadiging.		
3.	Pijn is wat de patiënt aangeeft dat het is.		
4.	Pijn wordt bepaald door zowel somatische als psychische factoren.		
5.	Je hoeft pas naar de pijn te vragen als je duidelijk ziet dat de patiënt pijn heeft.		
6.	Informatieverstrekking door de verpleegkundige heeft een gunstige werking op de pijn van de patiënt.		
7.	De arts is verantwoordelijk voor de behandeling van pijn.		
8.	Een indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese is als de pijnscore (PIM) 4 of hoger is.		
9.	Een indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese is als de pijnscore (PIM) 5 of hoger is.		
10.	Een indicatie voor het afnemen van de pijnanamnese is als de pijnscore (PIM) 6 of hoger is.		
11.	Er dient dagelijks een cijfermatige pijnmeting uitgevoerd te worden bij alle patiënten (bijv. PIM, VAS).		
12.	De pijnanamnese gebruik je voornamelijk in de palliatieve fase.		
13.	De pijnanamnese is een uitgebreide vragenlijst waarin onder andere gevraagd wordt naar hoe de patiënt zijn pijn beleeft.		
14.	De pijnanamnese wordt gebruikt bij patiënten bij wie geen pijnmeting verricht kan worden.		
15.	De pijnanamnese kan het beste door de arts, arts-assistent of co-assistent afgenomen.		
16.	Het dagelijks afnemen van de pijnanamnese is noodzakelijk voor een goede pijnbehandeling.		
17.	De pijnanamnese is niet van toepassing op patiënten met chronische pijn.		
18.	De pijnanamnese heeft als doel om de plaats en de oorzaak van de pijn in kaart te brengen.		

GEBRUIK

Omcirkel wat het meest overeenkomt met uw mening:

- 1= Helemaal oneens
- 2= Oneens
- 3= Noch mee oneens, noch mee eens
- 4= Eens
- 5= Helemaal eens

19.	Ik vind dat ik genoeg aandacht heb voor de pijn van de patiënt.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
20.	Ik observeer specifiek op pijn bij patiënten.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
21.	Ik vind dat patiënten op deze afdeling onnodig lang pijn houden.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
22.	Ik ben op de hoogte van de functie van het pijnteam.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
23.	Ik voer dagelijks bij alle patiënten een cijfermatige pijnmeting uit (bijv. PIM, VAS).	1 – 2 – 3 – 4 – 5
24.	Ik weet van het bestaan af van de Landelijke Pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
25.	Ik weet wanneer ik de Landelijke Pijnanamnese moet gebruiken.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
26.	Bij patiënten met pijn neem ik de pijnanamnese af.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
27.	Ik vind dat de kwaliteit van zorg omhoog gaat bij het gebruik van de pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
28.	Het is belangrijk dat ik de Landelijke Pijnanamnese gebruik.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
29.	Ik heb hulpmiddelen nodig om de pijnanamnese te kunnen integreren in mijn werkzaamheden.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
30.	Ik vind dat ik te weinig tijd heb om de landelijke pijnanamnese in te vullen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
31.	Ik vind dat ik over te weinig kennis beschik om de pijnanamnese goed te kunnen gebruiken.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
32.	Ik vind het gebruik van de pijnanamnese niet nodig.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

EVALUATIE

33.	Ik vond de informatie van de klinische les duidelijk	1 – 2 – 3 – 4 – 5
34.	Ik vind dat een klinische les noodzakelijk is voor een succesvolle implementatie van de pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
35.	Ik vind de pijnanamnese goed bruikbaar in de praktijk.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
36.	Ik vind het evaluatieformulier praktisch in gebruik	1 – 2 – 3 – 4 – 5
37.	Ik vind de beslisboom een handig hulpmiddel.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
38.	Ik vind dat ik voldoende ben geïnformeerd wat betreft het proces van de implementatie van de pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
39.	Ik vind dat ik voldoende ben gestimuleerd om aan het werk te gaan met de pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
40.	Ik vind dat de patiëntfolder een nuttige bijdrage levert aan het gebruik van de pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
41.	Ik vind dat ik voldoende ruimte heb gehad voor vragen en/of opmerkingen over de pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
42.	De medisch specialist geeft ruimte om pijn naar aanleiding van de pijnanamnese te bespreken.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
43.	Ik vind dat een VAP-er essentieel is voor het blijven gebruiken van de pijnmeting en pijnanamnese.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

Heeft u nog suggesties, aanbevelingen of andere feedback, laat het ons weten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

U bent aan het einde gekomen van de enquête over uw kennis, gebruik en evaluatie van de pijnanamnese. Tot slot willen wij u nog vragen om met een cijfer tussen 0 en 10 om aan te geven hoe u de kwaliteit van zorg beoordeelt ten aanzien van de behandeling van pijn.

Hartelijk dank voor uw medewerking,

Frank van der Boom, contactpersoon Neurologie

Inge ter Maat, contactpersoon Interne 2

Sanneke Westerlaken – Dorresteyn, contactpersoon Oncologie

9. Patiëntenfolder

Deze patiëntenfolder is ontwikkeld door het pijnteam van Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede, 2009.

HOEVEEL PIJN HEEFT U?

Pijnmeting bij patiënten interne geneeskunde

Ziekenhuis Gelderse Vallei meet en registreert pijn om beter inzicht te krijgen in de mate waarin patiënten pijn ervaren. Dat kan helpen om de pijnbestrijding zo goed mogelijk af te stemmen op de individuele patiënt. Dat betekent dat wij alle patiënten op de afdeling twee keer per dag vragen of zij pijn hebben en in welke mate zij de pijn beleven.

U bent de enige die kan vertellen of u pijn hebt en hoe erg die pijn is. Veel mensen vinden het moeilijk om aan anderen uit te leggen hoeveel pijn zij hebben. Dat is begrijpelijk, een ander kan uw pijn niet voelen. Voor pijn bestaat geen betrouwbaar meetinstrument maar er zijn wel hulpmiddelen om de mate van pijn uit te drukken.

Pijnschrijving

Tweemaal per dag komt een verpleegkundige vragen of u uw (eventuele) pijn met een cijfer tussen de 0 en de 10 aan wilt geven.

geen pijn 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ergst denkbare pijn

0 Betekent geen pijn en 10 is de ergste pijn die u zich voor kunt stellen.

U kunt nooit een verkeerd cijfer geven. Het gaat om de pijn die u ervaart en pijn is een persoonlijke ervaring. Bij het bepalen van de mate van de pijn kan het helpen om terug te denken aan pijn waar u eerder last van heeft gehad. En deze 'oude pijn' vergelijken met uw huidige pijn: welke waarde gaf u toen aan uw pijn, is het erger (= hoger cijfer) of minder erg (= lager cijfer), is het nog draaglijk (= cijfer 4 of lager) of eigenlijk niet meer (= cijfer 5 of hoger).

Veel gestelde vragen

Wat doet het ziekenhuis met het pijncijfer?

De hoogte van het cijfer is voor de artsen en verpleegkundigen een indicatie of pijn als acceptabel wordt ervaren. Hierbij is het cijfer 4 een grenswaarde. Score 4 en hoger is

niet acceptabel en verdient extra behandeling. Alles lager dan 4 heeft op dat moment geen extra behandeling.

Is minder beter?

Vaak wordt gedacht dat pijnbestrijding met minder medicijnen beter is. Dat is een misverstand. Er is een grote variatie aan ingrepen en een grote variatie hoe patiënten reageren op pijn(medicatie). Dit betekent dat iedere patiënt een andere hoeveelheid medicijnen nodig heeft om een acceptabele pijnbestrijding te krijgen. Het gaat niet om de hoeveelheid maar om het effect van de gebruikte medicijnen.

Maar pijn wisselt toch over de dag?

Klopt. Stilliggen, bewegen, hoesten heeft invloed op de beleving van pijn. We streven naar pijnbestrijding waarbij de patiënt niet belemmerd wordt bij bovengenoemde activiteiten. Deze bepalen dus uw pijnscore en ook onze reactie hierop.

Vragen

U kunt de pijn altijd bespreken met de arts of de verpleegkundige en hoeft u niet te wachten tot een verpleegkundige u vraagt om uw pijnomschrijving te geven.

Heeft u over deze wijze van pijnmeting nog vragen, stel die dan gerust aan de verpleegkundige.

10. Functieomschrijving VAP-er

VAP staat voor Verpleegkundige met Aandachtsgebied Pijn. Dit houdt in dat de verpleegkundige zich bezig houdt met pijn en de behandeling daarvan.

De VAP-er heeft een actieve rol in de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese.

Functie inhoud

Zij houdt literatuur bij over pijn en is hierdoor op de hoogte van de laatste ontwikkelingen omtrent pijn. Daarnaast is het haar taak om haar collega's te stimuleren actief met pijn bezig te zijn en op deze manier het onderwerp 'op de agenda' te houden. Omdat zij onderdeel uitmaakt van het verpleegkundig team zal zij snel merken wanneer er onduidelijkheid of weerstand is, en hierop kunnen anticiperen. Dit maakt haar het aanspreekpunt voor het verpleegkundig team voor zaken omtrent pijn.

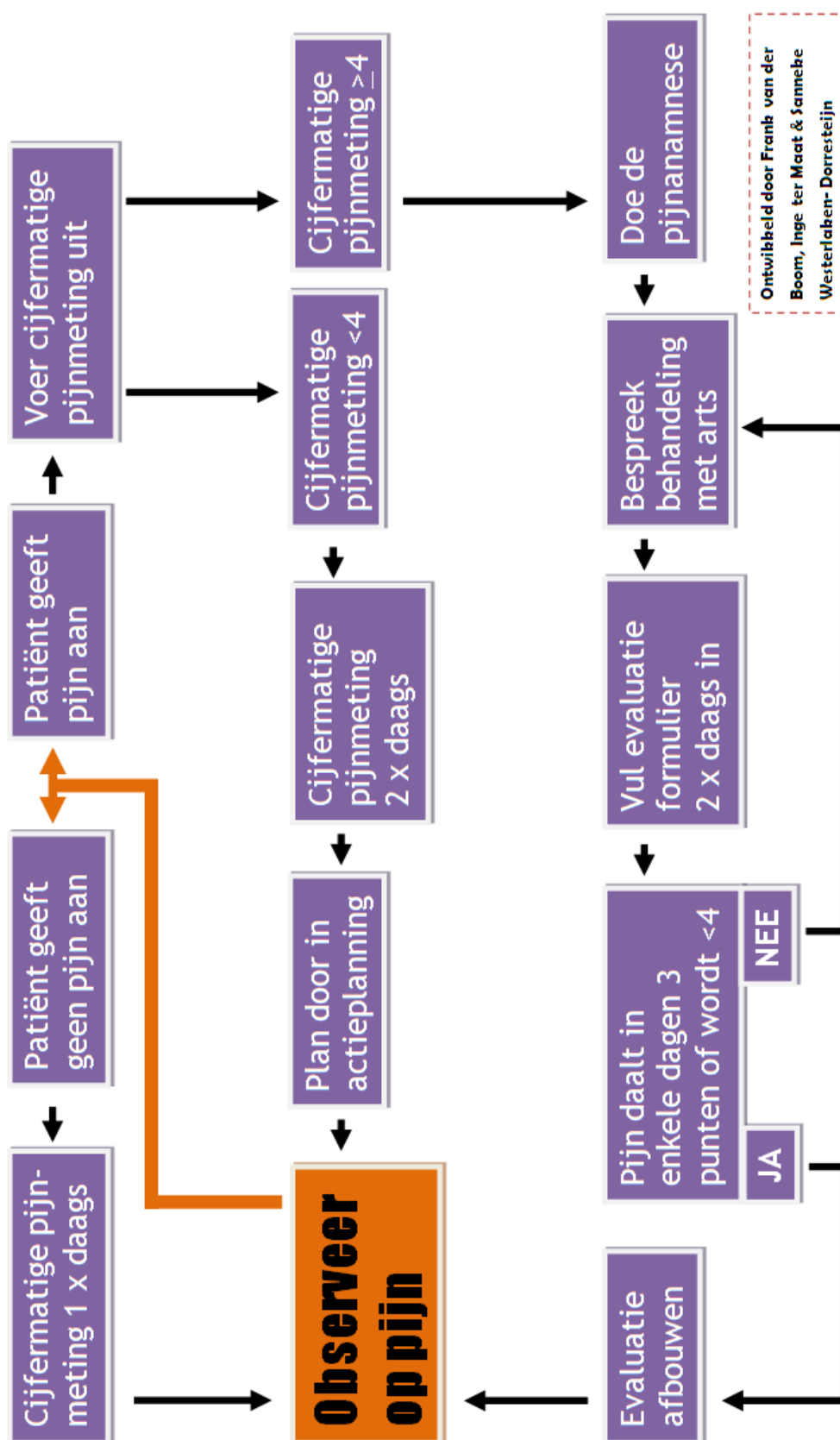
De VAP-er staat in contact met het pijnteam. Het pijnteam zal een aantal keer per jaar een bijeenkomst organiseren voor de VAP-ers waar zij bij elkaar kunnen komen voor scholing en ervaringen kunnen uitwisselen.

Iedere verpleegkundige kan in principe in aanmerking komen voor deze functie mits zij een dienstverband heeft van minstens 66% en minimaal één jaar op de afdeling werkt.

Ben je een enthousiaste verpleegkundige die deze uitdaging aan wil gaan? Neem dan contact op met devallepijnvrij@gmail.com.

11. Beslisboom

Pijnvrij in de Vallei



Ontwikkeld door Frank van der Boom, Inge ter Maat & Jannette Westerlaben-Dorresteijn

12. Posters

wat weet u



over **pijn** en
de **Pijnanamnese**

lever voor 12 maart de enquête in
devallelpijnvtj@gmail.com

Vertel uw verpleegkundige



over uw
pijn

devallelpijnvtj@gmail.com

tijd voor de



Pijnanamnese

devallelpijnvtj@gmail.com

I want YOU



to use the
Pijnanamnese

devallelpijnvtj@gmail.com

NEE géén zinloze **JA** wel patiënten
handelingen zonder pijn

devallelpijnvtj@gmail.com

13. Informatiebrief medisch specialisten

Geachte heer/mevrouw,

Deze brief informeert u over de pilot naar de implementatie van de Landelijke Pijnanamnese die plaats zal vinden op de afdelingen Interne 2, Neurologie en Oncologie.

Pijn is een veelvoorkomend probleem bij patiënten met chirurgische aandoeningen maar ook bij patiënten met interne problematiek. Zoals u weet kan onderbehandelde acute pijn leiden tot medische complicaties, het herstel vertragen of zelfs chronische pijn veroorzaken. Oplossingen blijken niet te liggen in nieuwe pijnbestrijdingsmethoden maar in een systematische beoordeling van pijn ten einde deze pijnbestrijdingsmethoden effectief in te zetten.

In 2006 heeft de Landelijke Werkgroep Pijnanamnese de Landelijke Pijnanamnese (pijnanamnese) ontwikkeld, een meetinstrument dat gebruikt kan worden door verpleegkundigen. De pijnanamnese, en daaraan gekoppeld de cijfermatige pijnmeting, draagt bij aan de systematische beoordeling van pijn. Naar aanleiding van de pijnmeting en de pijnanamnese kunnen interventies ten behoeve van de behandeling van pijn gepland worden.

Tot op heden wordt er op de niet-snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei te weinig gebruik gemaakt van cijfermatige pijnmeting en de pijnanamnese. Om pijn beter in kaart te kunnen brengen en de pijnbestrijding te optimaliseren wordt de pijnmeting en de pijnanamnese geïmplementeerd op desbetreffende afdelingen. Om de implementatie tot een succes te maken wordt zij vooraf gegaan door een pilot op de afdelingen Interne 2, Neurologie en Oncologie. Wij zullen, in het kader van ons afstuderen aan de HBO-V, deze pilot vormgeven.

In week 13 zal de implementatie starten. Medio juni verschijnt een onderzoeksrapport met aanbevelingen ten aanzien van de implementatie en borging van de pijnmeting en de pijnanamnese op de andere niet-snijdende afdelingen van het ziekenhuis.

Met de invoering van de pijnmeting en de pijnanamnese zullen verpleegkundigen tweemaal daags bij patiënten een cijfermatige pijnmeting uitvoeren. Deze score zal genoteerd worden op de tempelijst. Een score van vier of hoger betekent onacceptabele pijn en bij deze patiënten zal dan ook de pijnanamnese worden afgenomen. Naar aanleiding van deze pijnanamnese zullen verpleegkundigen de pijn bespreken met u als specialist of arts-assistent. Uw medewerking is derhalve cruciaal voor het slagen van de implementatie.

Voor vragen, opmerkingen of suggesties kunt u ons mailen op devallepijnvrij@gmail.com.

Wij hopen u bij deze voldoende op de hoogte gesteld te hebben.

Met vriendelijke groeten,

Frank van der Boom, contactpersoon Neurologie

Inge ter Maat, contactpersoon Interne 2

Sanneke Westerlaken – Dorresteyn, contactpersoon Oncologie

14. Informatiebrief verpleegkundigen

Beste collega,

Pijn is een veelvoorkomend probleem patiënten met interne problematiek. Onderbehandelde acute pijn kan leiden tot medische complicaties, het herstel vertragen of zelfs leiden tot chronische pijn. Oplossingen blijken niet te liggen in nieuwe pijnbestrijdingsmethoden maar in een systematische beoordeling van pijn zodat deze pijnbestrijdingsmethoden effectief ingezet kunnen worden.

In 2006 heeft de Landelijke Werkgroep Pijnanamnese de Landelijke Pijnanamnese (pijnanamnese) ontwikkeld. De pijnanamnese draagt bij aan de systematische beoordeling van pijn. Naar aanleiding van de pijnanamnese kunnen interventies ten behoeve van de behandeling van pijn gepland worden. Als pijn adequater behandeld wordt en patiënten sneller pijnvrij zijn is de kans op complicaties naar aanleiding van pijn aanzienlijk kleiner.

Omdat er op de niet- snijdende afdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei tot op heden nog geen eenduidig beleid is met betrekking tot de behandeling van pijn wordt op de deze afdelingen de pijnanamnese geïmplementeerd. Om deze implementatie zo succesvol mogelijk te maken start hiernaar een pilot op de afdelingen Interne 2, Neurologie en Oncologie. Wij mogen, in het kader van ons afstuderen aan de HBO-V, deze pilot vormgeven.

Bij deze brief zit de eerste enquête die u in mag vullen en voor 12 maart mag inleveren in de daarvoor bestemde doos op de afdeling.

In week 13 zal de implementatie starten. Als onderdeel hiervan zullen we op vier verschillende momenten klinische lessen geven over pijn en de pijnanamnese waarvoor uw zich tegen die tijd kunt inschrijven. Vervolgens wordt de pijnanamnese in gebruik genomen op de afdeling, iets wat in het begin wellicht wat tijd zal vergen. In deze periode zullen wij regelmatig op de afdeling zijn om te ondersteunen waar nodig.

In week 18, na de implementatie, vindt vervolgens nogmaals een enquête plaats om het effect van de implementatie te meten. Deze enquête zal praktisch hetzelfde zijn als de enquête die u nu voor u hebt liggen.

Naar aanleiding van deze effectmeting zal er een rapport opgesteld worden met aanbevelingen ten aanzien van de implementatie en borging van de pijnanamnese op de andere niet-snijdende afdelingen van het ziekenhuis. Het is dus van groot belang dat de pilot zorgvuldig uitgevoerd wordt. Hier hebben wij uw hulp hard bij nodig.

Hoewel wij tijdens de pilot aanspreekpunt zijn voor de implementatie, is het in het kader van de borging noodzakelijk dat één of twee verpleegkundigen van de afdeling deze taak

overnemen. We komen hier later nog op terug, maar misschien is het iets om alvast over na te denken?

We hopen u voldoende op de hoogte te hebben gesteld.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking,

Frank van der Boom, contactpersoon Neurologie

Inge ter Maat, contactpersoon Interne 2

Sanneke Westerlaken – Dorresteyn, contactpersoon Oncologie

devallepijnvrij@gmail.com

15. Nieuwsbericht ZIP

De Vallei pijnvrij?

Sinds een aantal jaar is het pijnteam actief in Ziekenhuis Gelderse Vallei om patiënten na een operatie zo snel mogelijk pijnvrij te krijgen. Op de niet-snijdende afdelingen is pijn tot nu toe niet structureel aangepakt.



Uit onderzoek is gebleken dat pijn een veelvoorkomend probleem is bij oncologische patiënten en bij patiënten met andere interne problematiek. Daar komt bij dat onderbehandelde acute pijn kan leiden tot medische complicaties, het herstel kan vertragen of zelfs kan leiden tot chronische pijn. De oplossing is niet het ontwikkelen van nieuwe pijnbestrijdingsmethoden maar in het systematische beoordelen van pijn zodat de bestaande pijnbestrijdingsmethoden effectief ingezet kunnen worden.

Als afstudeerproject voor de HBO-V zijn drie studenten aan het werk gegaan met een pilot om de Landelijke Pijnanamnese te implementeren. Dit instrument is bij uitstek geschikt om pijn systematisch te beoordelen. De implementatie hiervan moet leiden tot een meer effectieve pijnbehandeling. Patiënten zullen dus minder lang pijn houden en hebben daardoor minder kans op de eerder genoemde complicaties.

Binnenkort zal de pilot starten op de afdelingen Interne 2, Neurologie en Oncologie. Daarna zijn de andere niet- snijdende afdelingen van het ziekenhuis aan de beurt. We zijn er nog niet, maar elke stap komen we dichterbij een pijnvrije Vallei.

16. Hand-out klinische les



Pilot naar de implementatie van de pijnmeting en de Landelijke Pijnanamnese

PIJNVRIJ IN DE VALLEI

Inhoud klinische les

- ☐ Pijnvrij in de Vallei
- ☐ Doel
- ☐ Pijn
- ☐ Pijn meten
- ☐ Implementatie
- ☐ Beslisboom
- ☐ Casus
- ☐ Reacties

Pijnvrij in de Vallei

- ☐ Wie
- ☐ Wat
- ☐ Hoe



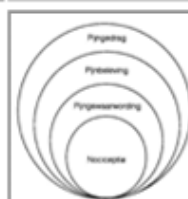
Doel

- ☐ Informeren en motiveren
- ☐ Implementatie pijnanamnese

Pijn

- ☐ Definitie
 - ☐ "Pijn is een onaangenaam gevoel in een deel van het lichaam"
 - ☐ "Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does"
 - ☐ "Pijn is een onaangename sensorische of emotionele ervaring samenhangend met actuele of potentiële weefselbeschadiging of beschreven in termen van een dergelijke beschadiging"

Pijn



- ☐ Soorten pijn
 - ☐ Nociceptieve pijn
 - ☐ Neuropathische pijn
 - ☐ Psychische pijn
- ☐ Gedrag

Pijn

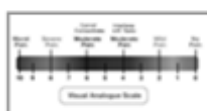
- Gedrag:
 - Gebalde vuisten
 - Lichamelijke inactiviteit
 - Verandering in slaappatroon
 - Verbeten gelaatstrekken
 - Concentratieproblemen
 - Op elkaar geklemde kaken
 - Wrijven over pijnlijke plek
 - Ongebruikelijke houding
 - Terugtrekken bij aanraking
- Kreunen
- Prikkelbaar
- Angst
- Misselijkheid en braken
- Dichtgeknepen ogen
- Gespannen zijn

Actualiteit

- Pijn onderbehandeld door gebrek aan systematische beoordeling
- Door dagelijkse pijnmeting pijn beter behandeld
- Verbetering mogelijk als in contacten met patiënten meer aandacht wordt besteed aan het onderwerp en de zorgverleners zich bewust worden van het probleem

Pijn meten

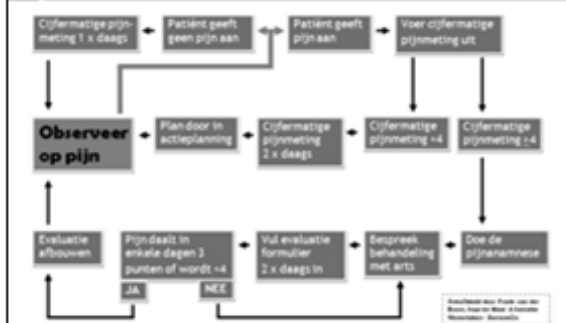
- Cijfermatige pijnmeting
- Landelijke Pijnanamnese
 - Verheldering pijnprobleem
 - Stellen verpleegkundige diagnosen
 - Interventies
- Evaluatie



Implementatie

- Pijnanamnese, evaluatieformulier en patiëntfolder in verpleegkundig dossier
- Pijnmeting direct bij opname
- Pijnmeetlat aan controle apparaat
- Evaluatieformulier aan bed van patiënt
- Pijnmeting en evt. evaluatieformulier op actieplanning
- Artsen goed informeren
- Aanstellen VAP
- Pijnanamnese in EPD

Beslisboom



Dhr. H. Oester - Opname

- 78 jaar oud
- Pneumonie
- Dyspnoe
- Antibiotica switch
- Geen pijn



Dhr. H. Oester

Dag 3

- ☐ Zenuwachtig
- ☐ Gespannen tijdens ADL
- ☐ Verbeten gelaatstrekken
- ☐ Maagklachten
- ☐ Clifermatige pijnmeting 3

Dag 5

- ☐ Clifermatige pijnmeting 5
- ☐ Gespannen in bed

Pijnanamnese

Uitsluitend Pijnanamnese

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteland: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Medische geschiedenis:

Chirurgische geschiedenis:

Medicatie:

Andere informatie:

Uitsluitend Pijnanamnese

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteland: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Medische geschiedenis:

Chirurgische geschiedenis:

Medicatie:

Andere informatie:

en nu verder...

- ☐ Arts ingelicht
- ☐ Evaluatieformulier aan bed
- ☐ Interventies uitvoeren
- ☐ Evaluatieformulier 2 x daags invullen
- ☐ Na enkele dagen pijn <4 of 3 punten minder → behandeling succesvol

Evaluatie

Pijnanamnese formulier

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteland: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Medische geschiedenis:

Chirurgische geschiedenis:

Medicatie:

Andere informatie:

Uitsluitend Pijnanamnese

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteland: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Medische geschiedenis:

Chirurgische geschiedenis:

Medicatie:

Andere informatie:

Vragen

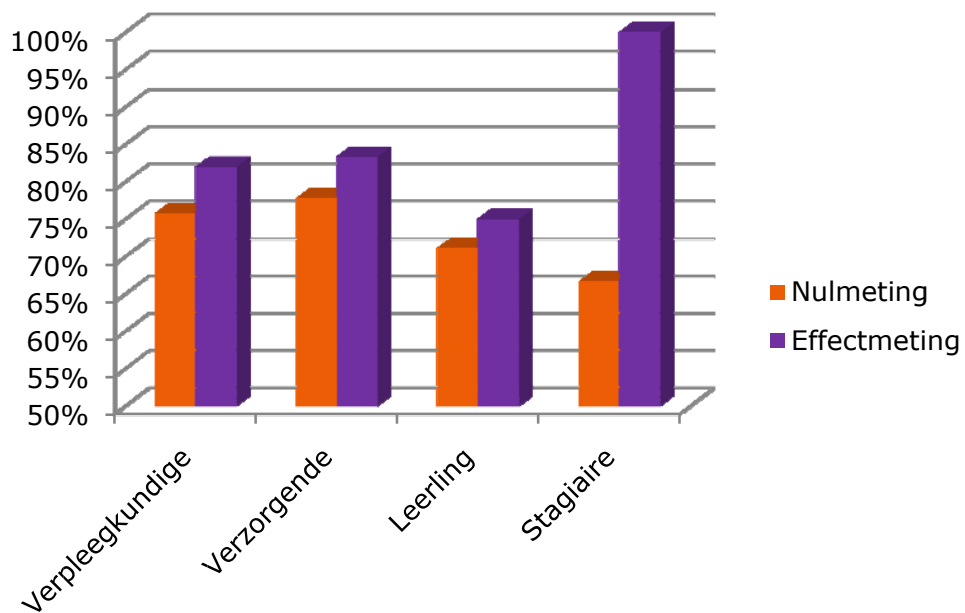


17. Overige resultaten

Om de verschillende resultaten zo overzichtelijk mogelijk weer te geven zijn in de grafieken verschillende schaalverdelingen voor de verticale as gebruikt.

17.1 Kennis

17.1.1 Functie

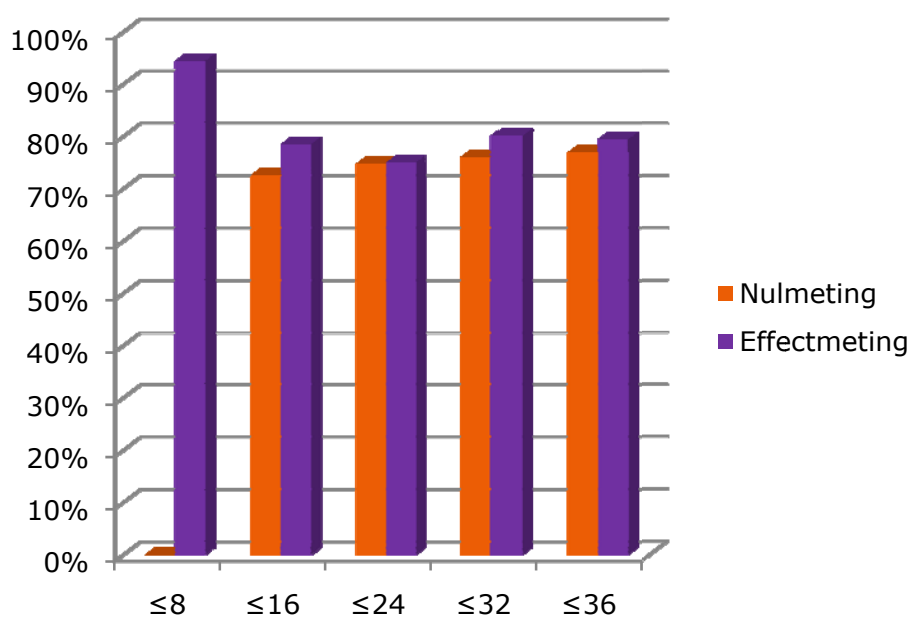


	Verpleegkundige	Verzorgende	Leerling	Stagiaire
Nulmeting	76%	78%	71%	67%
Effectmeting	82%	83%	75%	100%

figuur 17.1.1.1

Deze grafiek laat het verschil in kennis zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in functie.

17.1.2 Contractgrootte

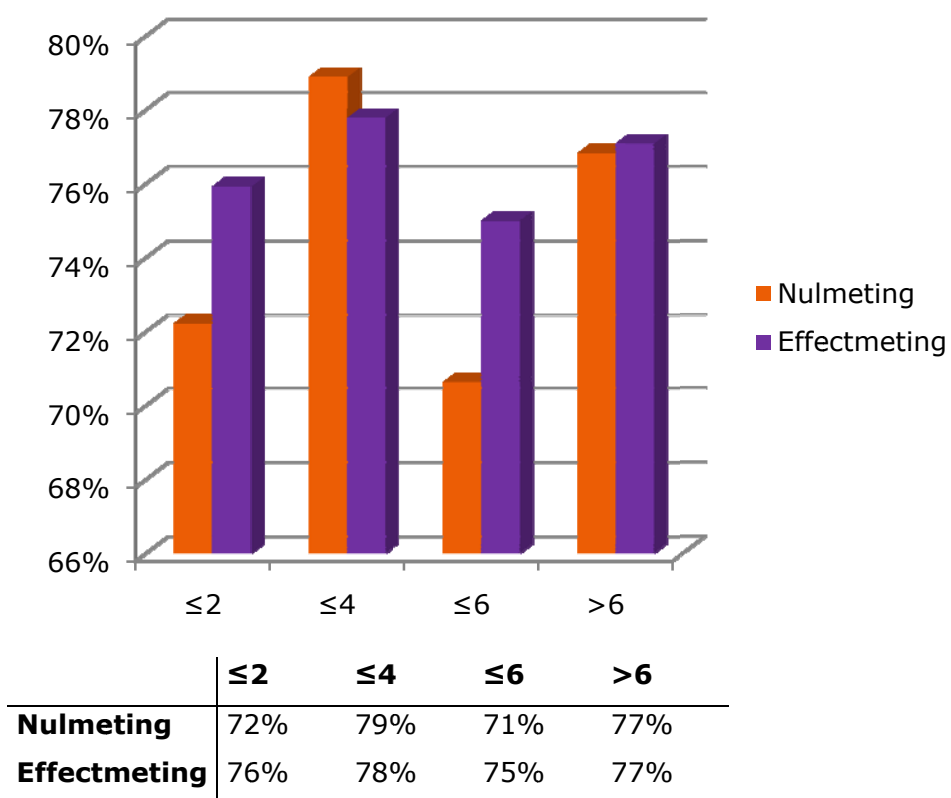


	≤8	≤16	≤24	≤32	≤36
Nulmeting	0%	73%	75%	76%	77%
Effectmeting	94%	79%	75%	80%	79%

figuur 17.1.2.1

Deze grafiek laat het verschil in kennis zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in contractgrootte in gewerkte uren per week.

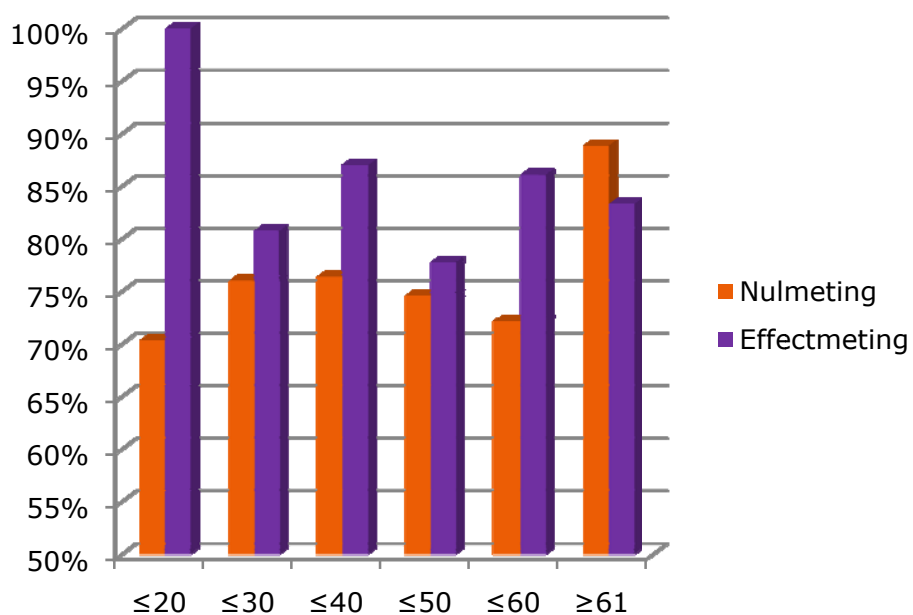
17.1.3 Ervaringsjaren



figuur 17.1.3.1

Deze grafiek laat het verschil in kennis zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in ervaringsjaren.

17.1.4 Leeftijd



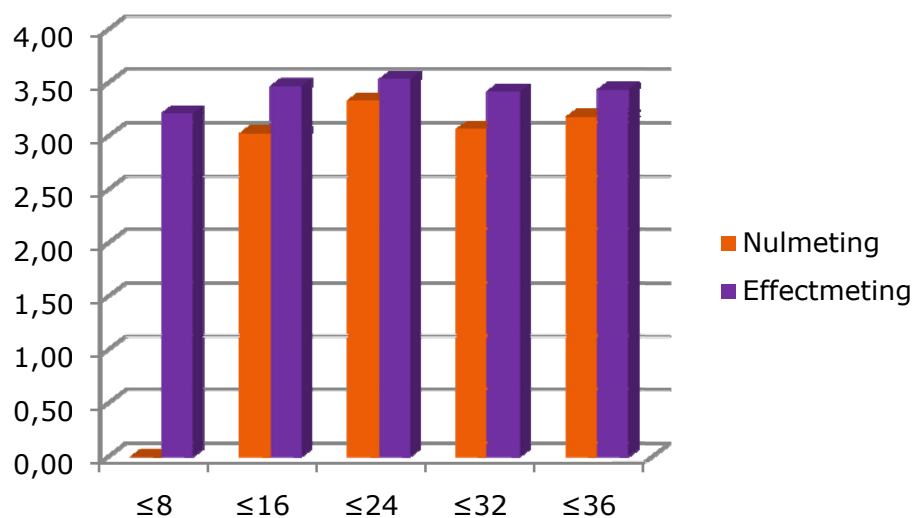
	≤20	≤30	≤40	≤50	≤60	≥61
Nulmeting	70%	76%	76%	75%	72%	89%
Effectmeting	100%	81%	87%	78%	86%	83%

figuur 17.1.4.1

Deze grafiek laat het verschil in kennis zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in leeftijd.

17.2 Gebruik

17.2.1 Contractgrootte

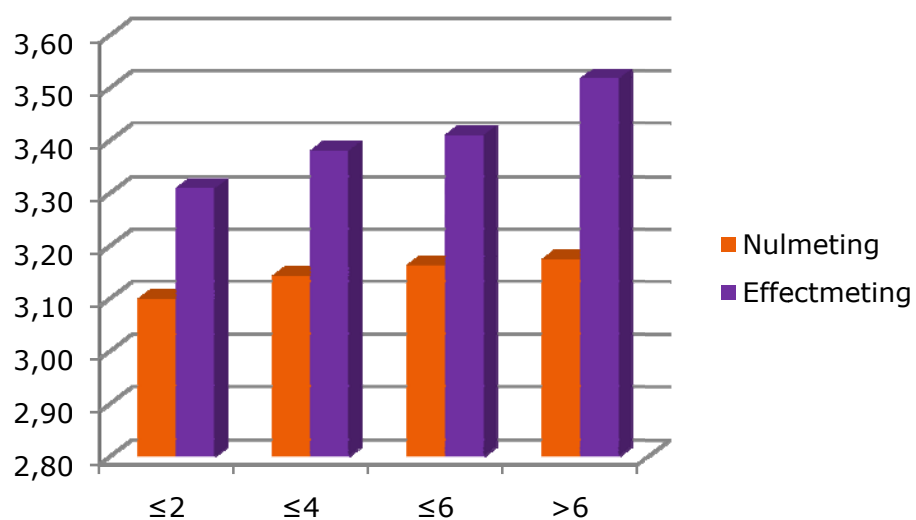


	≤8	≤16	≤24	≤32	≤36
Nulmeting	0	3,03	3,33	3,07	3,18
Effectmeting	3,21	3,47	3,54	3,42	3,44

figuur 17.2.1.1

Deze grafiek laat het verschil in gebruik zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in contractgrootte in gewerkte uren per week.

17.2.2 Ervaringsjaren

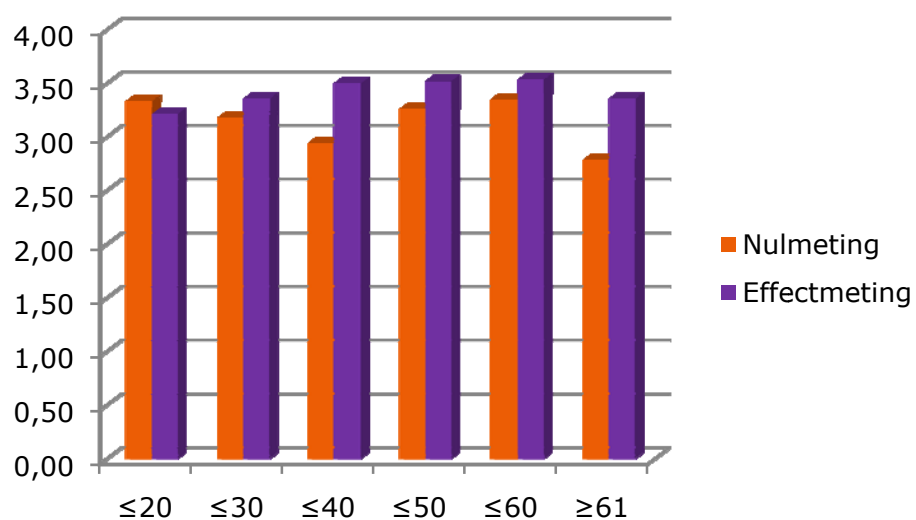


	≤2	≤4	≤6	>6
Nulmeting	3,10	3,14	3,16	3,17
Effectmeting	3,31	3,38	3,41	3,52

figuur 17.2.2.1

Deze grafiek laat het verschil in gebruik zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in ervaringsjaren.

17.2.3 Leeftijd



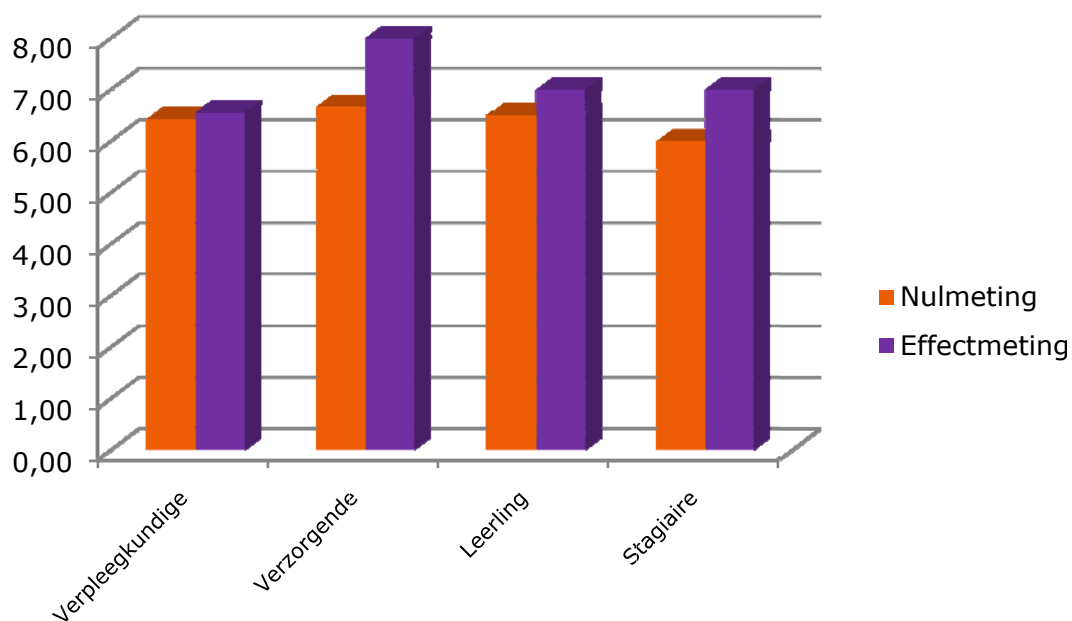
	≤20	≤30	≤40	≤50	≤60	≥61
Nulmeting	3,33	3,18	2,94	3,26	3,35	2,79
Effectmeting	3,21	3,36	3,50	3,52	3,54	3,36

figuur 17.2.3.1

Deze grafiek laat het verschil in gebruik zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in leeftijd.

17.3 Kwaliteitsvraag

17.3.1 Functie

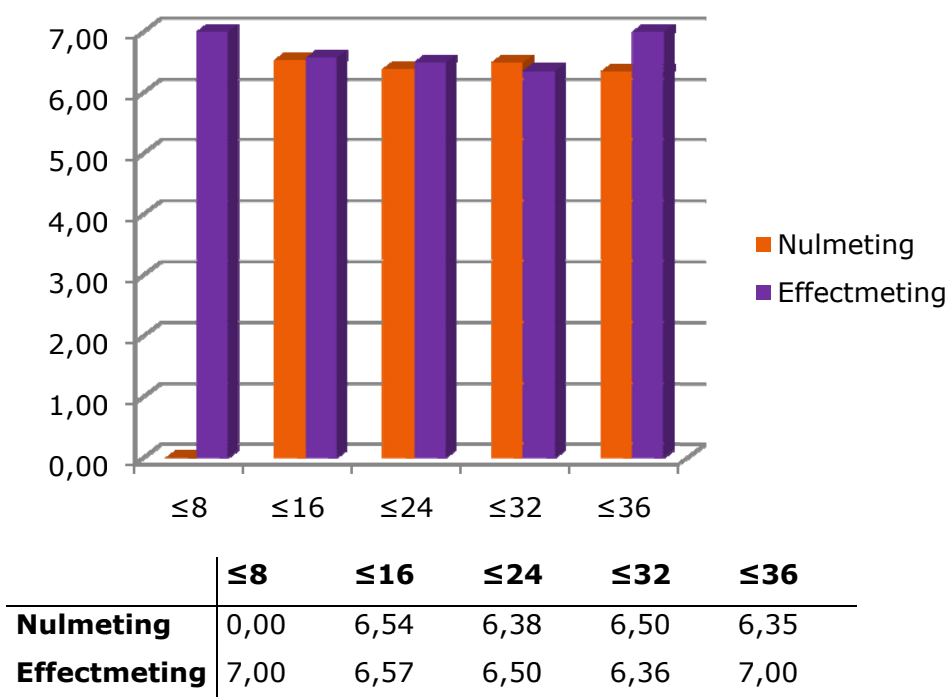


	Verpleegkundige	Verzorgende	Leerling	Stagiaire
Nulmeting	6,43	6,67	6,50	6,00
Effectmeting	6,56	8,00	7,00	7,00

figuur 17.3.1.1

Deze grafiek laat het verschil in beoordeling van kwaliteit van zorg zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in functie.

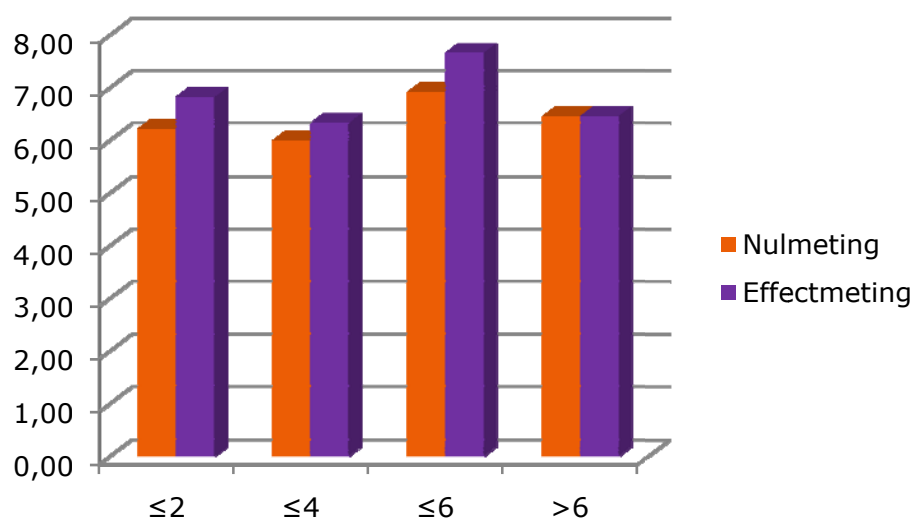
17.3.2 Contractgrootte



figuur 17.3.2.1

Deze grafiek laat het verschil in beoordeling van kwaliteit van zorg zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in contractgrootte in gewerkte uren per week.

17.3.3 Ervaringsjaren



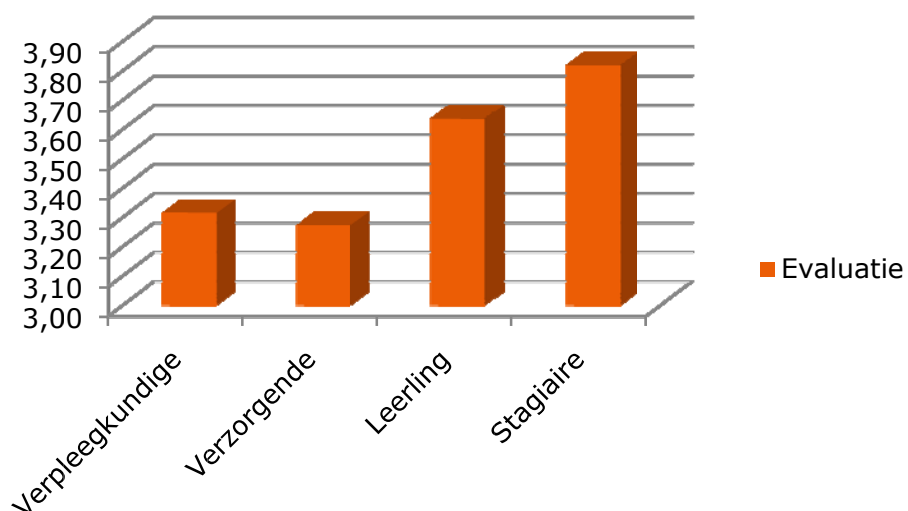
	≤2	≤4	≤6	>6
Nulmeting	6,23	6,00	6,92	6,46
Effectmeting	6,83	6,33	7,67	6,47

figuur 17.3.3.1

Deze grafiek laat het verschil in beoordeling van kwaliteit van zorg zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in ervaringsjaren.

17.4 Evaluatievragen

17.4.1 Functie

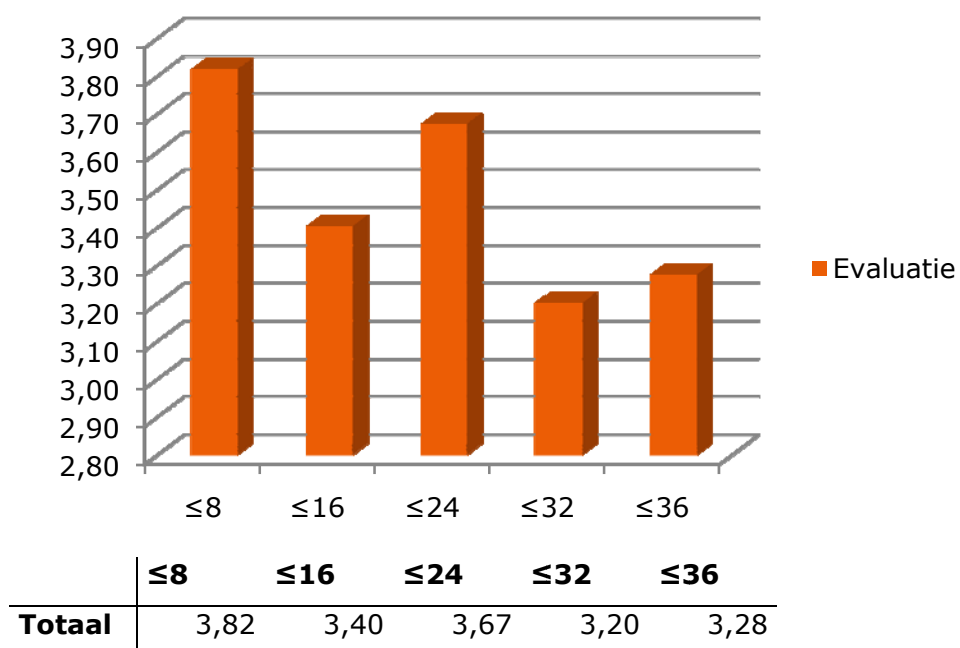


	Verpleegkundige	Verzorgende	Leerling	Stagiaire
Totaal	3,31	3,27	3,64	3,82

figuur 17.4.1.1

Deze grafiek laat het verschil in beoordeling van de pilot van de implementatie van de pijnanamnese zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in functie.

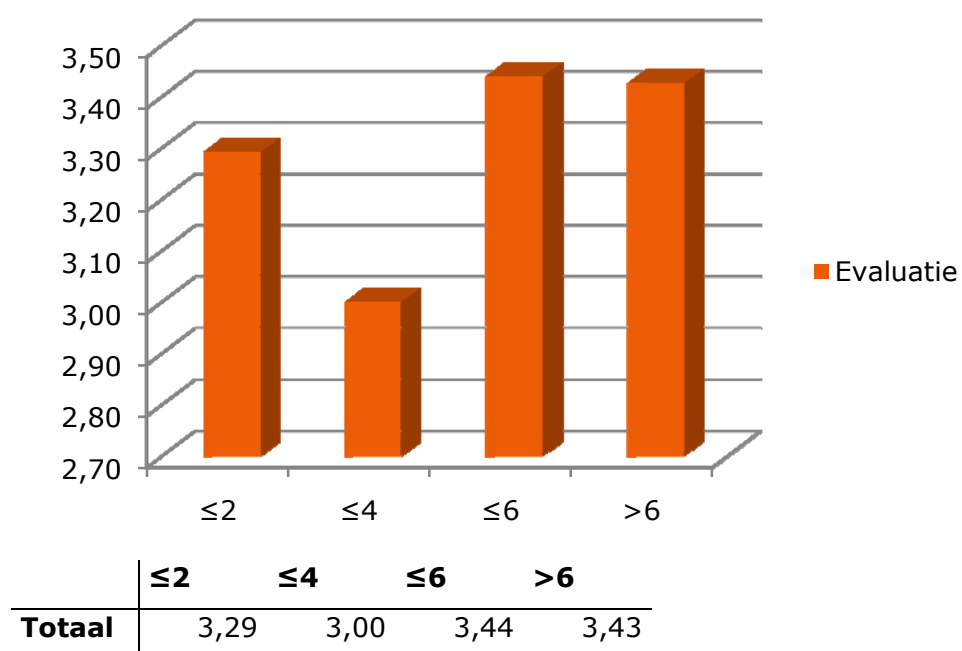
17.4.2 Contractgrootte



figuur 17.4.2.1

Deze grafiek laat het verschil in beoordeling van de pilot van de implementatie van de pijnanamnese zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in contractgrootte in gewerkte uren per week.

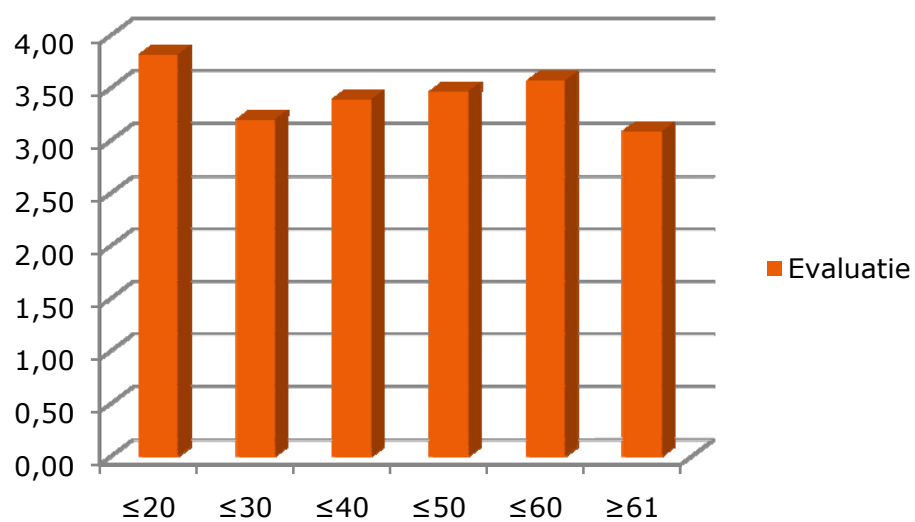
17.4.3 Ervaringsjaren



figuur 17.4.3.1

Deze grafiek laat het verschil in beoordeling van de pilot van de implementatie van de pijnanamnese zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in ervaringsjaren.

17.4.4 Leeftijd



	≤20	≤30	≤40	≤50	≤60	≥61
Totaal	3,82	3,20	3,39	3,47	3,57	3,09

figuur 17.4.4.1

Deze grafiek laat het verschil in beoordeling van de pilot van de implementatie van de pijnanamnese zien tussen de nulmeting en de effectmeting, onderverdeeld in leeftijd.

17.4.5 Schriftelijke opmerkingen

Aan het einde van de effectmeting is er ruimte gegeven voor het geven van suggesties, aanbevelingen of andere feedback. Deze schriftelijke opmerkingen zijn hieronder weergegeven, verdeeld over de inhoud van de pijnanamnese, de praktische uitvoering, informatieverstrekking van de projectgroep en algemene opmerkingen. Achter elke opmerking is aangegeven van welke afdeling deze afkomstig is.

Inhoud pijnanamnese

- Ik vind dat bij de pijnanamnese goede vragen zitten, maar ook onnodige. (Interne 2)
- Sommige vragen vind ik overbodig bijv. indicatie 4, 5 en 6, vraag 8, 9 en 10. (Neurologie)
- Ik denk dat de anamnese een stuk korter kan, m.i. vinden patiënten dat er teveel vragen worden gesteld die veel op elkaar lijken. (Interne 2)

Praktische uitvoering

- Veel te weinig tijd om pijnanamnese in te vullen en bespreken met patiënt. Vragen in anamnese ook niet duidelijk.
Positief hieraan vind ik jullie betrokkenheid en openstaan voor vragen! (Interne 2)
- Iedere dag 2x naar pijn vragen richt de aandacht erg op evt. pijn, kan erg negatief uitvallen. Als patiënt pijn heeft wel zinvol.
Meetlatje vind ik infantiel. (Interne 2)
- Dit punt is al aanbevolen tijdens één van de klinische lessen, maar voor de duidelijkheid hier nog een keer: om kwaliteit, valide en continuering van de pijnanamnese/protocol zou dit goed zijn als dit op Q-portaal komt te staan, met alle bijbehorende formulieren. (Oncologie)

Informatieverstrekking

- Ik heb de klinische les niet gehad. Het zou fijn zijn als ik die klinische les later nog had na kunnen lezen. (Neurologie)
- Leg meer dingen uit via nieuwsbrief/infobrieven, zodat degene die verhinderd waren om naar de klinische les te komen, ook info krijgen en niet zomaar een 'vaag' papier moeten invullen. (Interne 2)
- Poster pijnanamnese komt bedreigend en intimiderend over. (Neurologie)

Algemene opmerkingen

- Helaas weinig gebruik gemaakt van jullie project door teveel lopende projecten op de afdeling. Jammer! (Neurologie)

- Nog niet echt mee gewerkt. (Neurologie)
- Ik ben nog niet in de gelegenheid geweest om met de pijnanamnese te werken.
Daardoor kan ik niet alles beoordelen. (Oncologie)