



HOE KUNNEN WE BETER PIJN BEOORDELEN?

How can we assess pain better?

Een praktijkgericht onderzoek naar het gebruik van een pijnmeetinstrument om pijn te beoordelen bij kinderen jonger dan vier jaar oud op de kinderafdeling.

A practice-based study on the use of a pain measurement instrument to assess pain in children less than four years old on the pediatric ward.

Naam: Naomi van Lienden (1854771)

Opleiding: HBO-V deeltijd, Zuyd Hoge school.

Docent begeleider: Pieter Eijgenraam

Werkbegeleider: Babs Mevissen

Opdracht: Afstuderen Advies

Versie: 1

Datum: 2 maart 2023

Aantal woorden: 9051

Samenvatting

Inleiding: Het beoordelen van pijn vormt de basis voor het diagnosticeren, behandelen en evalueren van pijn. Dit is een uitdaging bij kinderen jonger dan vier jaar oud omdat deze kinderen zelf niet altijd pijn kunnen aangeven. Dit betekent echter niet dat ze geen pijn ervaren. Er zijn diverse gevalideerde pijnmeetinstrumenten die verpleegkundigen kunnen ondersteunen bij pijnbeoordeling, waardoor pijn vroeg herkend, geëvalueerd en effectief behandeld kan worden. Op dit moment worden geen pijnmeetinstrumenten gebruikt door verpleegkundigen om pijn te beoordelen bij kinderen jonger dan vier jaar oud op de kinderafdeling. De doelstelling van deze thesis is om te onderzoeken wat ze nodig hebben om een pijnmeetinstrument te gebruiken bij kinderen jonger dan vier jaar oud om pijnbeoordeling te optimaliseren.

Methoden: Het onderzoek is gestart met een literatuuronderzoek. Vervolgens is kwantitatief en kwalitatief onderzoek gedaan om de huidige situatie van pijnbeoordeling door verpleegkundigen op de kinderafdeling in kaart te brengen. Hiervoor is een enquête afgenomen en een focusgroep interview gedaan. Om beïnvloedende gedragsfactoren in kaart te brengen is gebruik gemaakt van het COM-B model.

Resultaten: De resultaten laten zien dat verpleegkundigen onvoldoende kennis en vaardigheden hebben in het gebruik van de FLACC en COMFORT gedragsschaal. Daarnaast worden verpleegkundigen belemmerd in het gebruik van een pijnmeetinstrument door onduidelijke afspraken over pijnbeoordeling voor kinderen jonger dan vier jaar oud. Het meetinstrument is niet beschikbaar op de afdeling en documentatie in het elektronische verpleegkundig dossier (EVD) is omslachtig waardoor verpleegkundigen belemmerd worden in het gebruik.

Conclusie: Geconcludeerd kan worden dat verpleegkundigen op de kinderafdeling meer kennis en vaardigheden nodig hebben om een observatie-instrument te gebruiken bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud. Daarnaast zal binnen de organisatie aan randvoorwaarden moeten worden voldaan in de vorm van het beschikbaar stellen van een geschikt pijnmeetinstrument, de mogelijkheid tot eenduidige en toegankelijke registratie in het EVD en duidelijke afspraken met betrekking tot werkprocessen en protocollen.

Advies en inbedding: Op basis van de resultaten van het praktijkgericht onderzoek zijn aanbevelingen beschreven gericht op registratie, scholing, ondersteunende instrumenten. De resultaten en de ervaringen worden meegenomen in de aanpassingen van het protocol. Hiermee wordt kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid geborgd.

Voorwoord

Voor u ligt de thesis “Hoe kunnen we beter pijn beoordelen?”. Hierin wordt een praktijkgericht onderzoek beschreven naar het gebruik van een pijnmeetinstrument door verpleegkundigen om pijn bij kinderen jonger dan vier jaar oud op de kinderafdeling te beoordelen. Deze thesis is geschreven in het kader van de module Afstuderen Advies ter afsluiting van de opleiding HBO-V deeltijd aan Zuyd Hogeschool in Heerlen. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van november 2022 tot maart 2023.

Sinds januari 2000 ben ik werkzaam als kinderverpleegkundige op de kinderafdeling van het ziekenhuis. Op deze afdeling wordt zorg verleend aan kinderen in de leeftijd van nul tot achttien jaar met een diversiteit aan ziektebeelden en specialismen. Vanuit de visie ‘kind en gezin centraal’ wordt iedere dag gestreefd naar het verlenen van de best mogelijke zorg. Om mij verder te ontwikkelen in mijn competenties om bij te dragen aan goede kwaliteit van zorg ben ik in 2018 gestart met de opleiding tot HBO-Verpleegkundige. Pijn is een kwaliteitsthema binnen de verpleegkundige zorg. Ik zie dat de beoordeling van pijn binnen de diverse leeftijdsgroepen op de afdeling vraagt om verschillende benaderingen. Gezien het onvermogen van jonge kinderen om zelf pijn aan te geven betekent echter niet dat ze geen pijn kunnen ervaren of daar geen behandeling voor nodig hebben. Het maakt hun extra kwetsbaar voor pijn en het onderschatten van pijn, met als gevolg suboptimale behandeling van pijn. Dit heeft mij gemotiveerd om dit onderwerp te kiezen als kwaliteitsverbetering op de kinderafdeling.

Graag wil ik mijn docentbegeleiders, Pieter en Michael, bedanken voor hun begeleiding, expertise en feedback tijdens het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van deze thesis. Daarnaast mijn medestudenten voor het sparren en feedback tijdens de bijeenkomsten van de onderwijsgroep. Mijn werkbegeleider Babs en teamleider Miranda voor hun tijd, kennis, feedback en vertrouwen gedurende het gehele proces op de afdeling. En mijn collega's voor hun medewerking aan de enquête en focusgroep.

Tot slot een bijzonder dankjewel aan mijn vriendin Diana die gedurende de hele opleiding altijd klaar stond met haar kennis, ervaring, geduld en vertrouwen in mij.

Ik wens u veel plezier met het lezen van deze thesis!

Naomi van Lienden,

Heerlen, 2 maart 2023

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Theoretisch kader	7
1.1 Zoekstrategie	7
1.2 Pijn	7
1.3 Pijnmeting en pijnbeoordeling	8
1.4 Pijnmeetinstrumenten	9
1.5 COM-B model	13
Hoofdstuk 2 Methoden	14
2.1 Onderzoeksbenadering	14
2.2 Setting & Participanten	14
2.3 Dataverzameling	15
2.4 Data-analyse	16
2.5 Ethische overwegingen	17
Hoofdstuk 3 Resultaten	18
Hoofdstuk 4 Discussie en conclusie	23
Hoofdstuk 5 Advies en inbedding	28
Literatuurlijst	32
Bijlagen	36
Bijlage 1 Enquête	36
Bijlage 2 Codeboom en gespreksleidraad focusgroep	40
Bijlage 3 PIF toestemmingsformulier	45
Bijlage 4 Werkbladen COM-B model	51

Inleiding

Uit onderzoek komt naar voren dat ongeveer 75% van de kinderen in het ziekenhuis pijn ervaren, waarvan 30% ernstige pijn. De prevalentie hangt daarbij ook af van de leeftijd van het kind en de aard van de afdeling (chirurgisch, niet chirurgisch) (Senger, Bryce, McMahon, & Baerg, 2021). Pijn wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) gedefinieerd als een onplezierige sensorische en/of emotionele ervaring die in verband wordt gebracht met actuele of potentiële weefselbeschadiging of in dergelijke termen wordt beschreven (Van Lingen & Brand, 2009). Het is een persoonlijke ervaring, die door patiënten individueel wordt beleefd; pijn is dat wat de patiënt die pijn heeft, zegt dat pijn is en treedt op als de patiënt zegt dat deze optreedt (VMS, 2011). Ondanks dat pijn een subjectieve ervaring is kunnen jongere kinderen niet altijd zelf pijn aangeven. Dit betekent echter niet dat ze geen pijn kunnen ervaren of daar geen behandeling voor nodig hebben. Het maakt jonge kinderen kwetsbaar voor pijn en het onderschatten van pijn door ouders of zorgprofessionals (Margonari & Hannan, 2017; Van Lingen & Brand, 2009).

Het beoordelen van pijn vormt de basis voor het diagnosticeren, behandelen en evalueren van pijn bij kinderen met acute, terugkerende en chronische pijn. De richtlijn 'pijnmeting en behandeling bij kinderen' beschrijft dat hiervoor pijnmeetinstrumenten gebruikt dienen te worden die geschikt zijn voor de leeftijd, situatie en aard van de pijn. Hiervoor zijn diverse meetinstrumenten ontwikkeld (Manworren & Stinson, 2016; NVK, 2007). Ondanks beschikbare meetinstrumenten toont onderzoek aan dat pijn bij kinderen nog steeds niet optimaal gemeten wordt. Wanneer pijn niet adequaat en voldoende geëvalueerd wordt en niet adequaat gereageerd wordt op pijnbeoordelingen leidt dit tot suboptimale behandeling van pijn (Manworren & Stinson, 2016). Slecht behandelde acute pijn kan ernstige medische complicaties geven en het herstel vertragen (VMS, 2011). Daarnaast kan onbehandelde pijn bij zuigelingen en jonge kinderen leiden tot een verhoogde pijnbeleving en chronische pijn bij adolescentie en op volwassen leeftijd. Het pijngeheugen van kinderen beïnvloedt de toekomstige pijnbeleving en heeft mogelijk effect op het ervaren van chronische pijn. Pijnlijke ervaringen worden bijvoorbeeld in verband gebracht met verminderde effectiviteit van pijnmedicatie in de toekomst (Senger et al., 2021; Thrane, Wanless, Cohen, & Danford, 2016). Ondanks de beschikbaarheid van verschillende gevalideerde en betrouwbare pijnmeetinstrumenten, hebben verpleegkundigen nog steeds een uitdaging bij het beoordelen van pijn, omdat het voor peuters en kleuters erg moeilijk kan zijn om hun pijn te beschrijven (Margonari & Hannan, 2017).

'Vroege herkenning en behandeling van pijn' is een thema van de praktijkgids 'Veilige zorg voor zieke kinderen' en is onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem binnen ziekenhuizen (VMS, 2011). In het interne protocol 'Pijnstilling bij kinderen' worden

verschillende meetinstrumenten aanbevolen om pijn bij kinderen te beoordelen. Voor kinderen jonger dan vier jaar oud zijn dit de Faces Legs Activity Cry and Consolability (FLACC) en COMFORT gedragsschaal. Ondanks deze aanbeveling wordt hier op de kinderafdeling geen gebruik van gemaakt. Kinderverpleegkundigen gaan bij pijnbeoordeling uit van eigen expertise en observaties. Deze observaties worden vervolgens niet geobjectiveerd en niet eenduidig gedocumenteerd. Hierdoor is het risico op inadequaat beoordelen van pijn bij deze kinderen groot. Doordat er geen score aan de beoordeling gekoppeld kan worden, kan niet voldaan worden aan de zorgvraag en kan ook niet adequaat geëvalueerd worden met het risico op onnodige pijn (Zuyderland, 2022). Het is dus belangrijk om pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar op de kinderafdeling te optimaliseren waardoor pijn vroeg herkend en geëvalueerd kan worden. Hierdoor kan pijn effectief behandeld en mogelijke complicaties voorkomen worden.

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in welke factoren verpleegkundigen belemmeren om de FLACC of COMFORT gedragsschaal te gebruiken tijdens het beoordelen van pijn bij kinderen jonger dan vier jaar. Op basis van de resultaten uit dit onderzoek zal een advies gegeven worden waarmee vroege herkenning en behandeling van pijn bij kinderen jonger dan vier jaar op de kinderafdeling verbeterd kan worden. Om deze doelstelling te bereiken is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: ***“Wat hebben verpleegkundigen op de kinderafdeling nodig om een pijnmeetinstrument te gebruiken bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar waardoor vroege herkenning van pijn en behandeling geoptimaliseerd kan worden?”***.

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

1. Wat is pijn?
2. Wat is pijnmeting en pijnbeoordeling?
3. Welke meetinstrumenten zijn beschikbaar voor pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar en hoe wordt de kwaliteit beoordeeld in termen van reproduceerbaarheid en responsiviteit?
4. Wat is het verschil tussen de FLACC en de COMFORT gedragsschaal en welke is het meest geschikt voor gebruik op de kinderafdeling?
5. Welke factoren beïnvloeden adequate pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar?
6. Welke factoren beïnvloeden het inzetten van een pijnmeetinstrument bij kinderen jonger dan vier jaar door verpleegkundigen?

Leeswijzer

In hoofdstuk één wordt een theoretisch kader beschreven waarmee het onderzoek door middel van literatuuronderzoek wordt onderbouwd. Hoofdstuk twee beschrijft vervolgens de methoden van het onderzoek. Hierin komen de onderzoeksbenadering, setting en participanten, dataverzameling, data-analyse en ethische overwegingen aan bod. In hoofdstuk drie worden de resultaten van het onderzoek toegelicht. Vervolgens worden in hoofdstuk vier de resultaten bediscussieerd en de conclusie beschreven. In hoofdstuk vijf wordt tenslotte een advies gegeven ter verbetering van pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud op de kinderafdeling.

Hoofdstuk 1 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het literatuuronderzoek beschreven. Hiermee wordt kennis over het onderwerp pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar verdiept en een overzicht gemaakt wat al bekend is over de vraagstelling van deze thesis. Daarnaast wordt het COM-B gedragsmodel beschreven. Hiermee worden later in het onderzoek factoren in kaart gebracht die belemmerend werken om een pijnmeetinstrument te gebruiken bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud.

1.1 Zoekstrategie

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag is gestart met een literatuuronderzoek. Hiervoor is literatuur gezocht in boeken, richtlijnen, protocollen en databanken zoals, Doorzoek informatiebronnen Zuyd (DIZ), Google Scholar, Pubmed, Springerlink, Embase en Cinahl. Om systematisch en efficiënt te zoeken in databanken is gebruik gemaakt van de PICO-vraagstelling. Per PICO-element worden zoektermen en MeSH-termen in kaart gebracht. Deze elementen zijn vervolgens met behulp van booleaanse operatoren met elkaar gecombineerd om naar relevante literatuur te zoeken. Daarnaast is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Hier wordt gebruik gemaakt van literatuurverwijzingen in reeds gevonden artikelen (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2019).

1.2 Pijn

Pijn is een biopsychosociaal fenomeen dat sensorische, emotionele, cognitieve, ontwikkelingsgedrag, spirituele en culturele componenten omvat. Er zijn verschillende definities van pijn. Margo McCaffery (McCaffery, 1979) formuleerde de definitie; *‘pijn is datgene wat een persoon zegt dat het heeft, zegt dat het is, en komt voor als die persoon zegt dat het voorkomt’*. Dit benadrukt het subjectieve karakter van pijn (Manworren & Stinson, 2016; Van Lingen & Brand, 2009). De International Association for the Study of Pain (IASP) formuleerde in 1979 definitie van pijn als: *‘een onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring geassocieerd met daadwerkelijke of potentiële weefselbeschadiging, of beschreven in termen van dergelijke schade’* (Van Lingen & Brand, 2009). In 2018 is de definitie opnieuw beoordeeld en geformuleerd in de termen van *‘een onplezierige zintuiglijk en emotionele ervaring die verband houdt met, of lijkt op, een ervaring die verband houdt met daadwerkelijke of potentiële weefselbeschadiging’*. De definitie is kort en bondig, ondersteunt eenvoudig gebruik en beschrijft effectief de subjectiviteit van pijnervaring door zowel sensorische als emotionele kenmerken te specificeren. Een belangrijk kenmerk is de bewering dat pijn verband houdt met daadwerkelijke of potentiële weefselbeschadiging, maar erkent ook dat andere factoren pijn kunnen beïnvloeden. Deze definitie is wereldwijd geaccepteerd door onder andere zorgprofessionals, onderzoekers en de World Health Organization (WHO) (Raja et al., 2020; Williams & Craig, 2016).

Pijn heeft een signaalfunctie en is essentieel voor het behoud van leven. Zodra we pijn ervaren of dreigen te ervaren, zien we dit als waarschuwing. Het dwingt een gedragsverandering af die van levensbelang kan zijn (Academisch Pijn Centrum Nijmegen, 2022; Cranenburgh, 2021). Pijn kan acuut, chronisch, terugkerend, of een combinatie van acuut en chronisch zijn. Acute pijn dient meestal als een waarschuwing voor ziekte of een bedreiging voor het lichaam. Denk hierbij aan medische ingrepen, verwondingen, acute ziekten of verergering van ziekten. Chronische pijn wordt gekenmerkt om aanhoudende of terugkerende pijn te beschrijven. Bij kinderen wordt dit gedefinieerd als elke langdurige pijn die langer aanhoudt dan verwacht of die minstens drie keer voorkomt gedurende een periode van drie maanden (Manworren & Stinson, 2016). Pijnbeoordeling in deze thesis is gericht op het meten van acute en postoperatieve pijn.

1.3 Pijnmeting en pijnbeoordeling

De American Pain Society (APS) benadrukt het belang van pijnmeting als vijfde vitale teken, net als hartslag, bloeddruk, ademhaling en temperatuur. Het regelmatig meten van pijn is van belang voor een goed pijnbeleid (NVK, 2012-2022). Hierbij wordt onderscheid gemaakt in pijnmeting en pijnbeoordeling.

Pijnmeting is gericht op zelfrapportage en beschrijft de pijnintensiteit waarbij de nadruk ligt op de kwantiteit van pijn, die wordt benoemd in een cijfer. Gezien het subjectieve karakter van pijn verdient zelfrapportage altijd de voorkeur om pijn te meten (de Goeij, Steegers, Veldhoven, & Vissers, 2015; Manworren & Stinson, 2016). Pijnbeoordeling is een breder concept dan pijnmeting. Het vereist een multidimensionele benadering waarbij rekening gehouden dient te worden met een aantal factoren. Naast sensorische factoren, zoals intensiteit en lokalisatie, is het noodzakelijk om ook cognitieve, gedragsmatige en emotionele factoren en de klinische context in kaart te brengen (Beltramini, Milojevic, & Pateron, 2017; Vervoort, Goubert, & Bijttebier, 2009). Dit levert informatie op die belangrijk is voor het vaststellen van een oorzaak, het evalueren en kiezen voor een geschikte behandeling van de pijn (Manworren & Stinson, 2016).

Beïnvloedende factoren pijnbeoordeling van jonge kinderen

Pijnbeoordeling bij jonge kinderen vormt een specifieke uitdaging voor verpleegkundigen. De fysieke, emotionele en cognitieve ontwikkeling van een kind beïnvloedt hun reactie op pijn. Daarnaast zijn situationele factoren zoals angst, ongerustheid, woede, eerdere pijnervaringen of bijvoorbeeld de reactie van ouders of verpleegkundige van invloed op beleving van pijn. Deze pijnbeleving uit zich met name lichamelijk en in het gedrag van het kind. Lichamelijk uit zich dit bijvoorbeeld door weinig eetlust, slecht slapen, gespannen gelaat of met benen trappelen. Veranderingen in gedrag kunnen zijn; huilen, kreunen, niet

willen spelen of geborgenheid zoeken. Daarnaast is het belangrijk om rekening te houden met omgevingsfactoren zoals het hebben van een infuus of afwezigheid van ouders. Stressvolle situaties kunnen aanleiding zijn voor variabele pijnscores. Dit kan beïnvloed worden door de hechting met ouders, stress van ouders, het ervaringsniveau van de verpleegkundige en het temperament van het kind. Deze verscheidenheid aan dynamieken van het kind, hun ouders en de verpleegkundigen zijn factoren die bijdragen aan het moeilijk kunnen beoordelen van pijn (Academisch Pijn Centrum Nijmegen, 2022; NVK, 2007; Thrane, Wanless, Cohen, & Danford, 2016).

Bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan drie jaar of met een uitingsbeperking moet rekening gehouden worden met de belangrijke invloed van ouders en hun rol op de pijnbeheersing van het kind. In de richtlijn van de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK) wordt gesteld dat ouders een rol kunnen spelen bij de pijnbeoordeling van hun kind. Het kan ouders een gevoel van controle en nut geven als ze betrokken worden bij pijnbeoordeling. Daarbij hebben gevoelige ouders met goed gehechte baby's meer kans om kalmerend gedrag te vertonen waardoor baby's kunnen omgaan met stressvolle of pijnlijke situaties. Het betrekken van ouders bij pijnbeoordeling kan ouders ook onzeker maken over de professionaliteit van de verpleegkundige. Goede uitleg is hierin erg belangrijk (de Goeij et al., 2015; NVK, 2007).

1.4 Pijnmeetinstrumenten

Pijnmeetinstrumenten zijn een hulpmiddel bij het bepalen van de pijnintensiteit. De score is een momentopname. Er bestaan verschillende pijnmeetinstrumenten waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen zelfrapportage-instrumenten en observatie-instrumenten. Wanneer een pijnmeetinstrument gebruikt wordt moet er rekening mee gehouden worden dat deze geschikt is voor de leeftijd, de situatie en de aard van de pijn (NVK, 2007).

Vanaf vier jaar zijn kinderen meestal in staat om verschillende pijnintensiteiten van elkaar te onderscheiden en kunnen ze pijn zelf rapporteren. Op deze leeftijd wordt zelfrapportage dan ook beschouwd als de gouden standaard om pijn te meten. Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat de kans bestaat dat kinderen niet altijd zeggen hoeveel pijn ze hebben, vooral de jongere, omdat ze bang zijn voor bijvoorbeeld de zetpil of prik (de Goeij et al., 2015; NVK, 2007). Kinderen vanaf een leeftijd van ongeveer drie jaar oud kunnen zelf de mate van pijn aangeven met behulp van een gezichtsschaal zoals de Wong-Baker FACES scale of de Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) te kiezen. In een studie van gezonde kinderen van drie tot vijf jaar bleek dat ze consistent de hoge of de lage kant van de schaal kiezen en niet altijd in staat zijn om een gezichtstype van de pijnschaal in de juiste volgorde te zetten. Daarom

wordt geadviseerd de gezichtsschaal te gebruiken in combinatie met een observatie-instrument zoals de FLACC (Duhn & Medves, 2004; NVK, 2007; Thrane et al., 2016).

Voor pasgeborenen en jonge kinderen tot ongeveer vier jaar, die niet of weinig in staat zijn om verbaal pijn te rapporteren is het gebruik van een observatie-instrument noodzakelijk. Hiermee worden gedragingen beoordeeld om een pijnscore te bepalen. Relevante gedragingen die gescoord worden zijn gezichtsuitdrukking, huilen, lichaamsbeweging, slaappatroon en bewustzijnstoestand, troostbaarheid en spierspanning (Cranenburgh, 2021; NVK, 2007). Hiervan zijn de eerste drie gedragingen in ieder observatie instrument beschikbaar en blijken het meest specifieke en betrouwbare gedrag dat door zorgverleners wordt gebruikt om pijn te beoordelen bij zuigelingen (Senger, Bryce, McMahon, & Baerg, 2021). Het observatie-instrument levert een totaalscore op wat géén pijnscore is, maar een getal dat de kans op pijn weergeeft. Een hoge score geeft meer kans op pijn dan een lage score. De score zegt niets over de intensiteit van pijn (V&VN, z.d.-b).

Richtlijnen en protocollen

Voor kinderen jonger dan vier jaar zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar. De landelijke richtlijn 'pijnmeting en behandeling bij kinderen', het pijnprotocol van het kinderziekenhuis en het protocol binnen de eigen organisatie zijn naast elkaar gelegd en met elkaar vergeleken.

In de landelijke richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen' wordt aanbevolen dat een pijnmeetinstrument gebruikt dient te worden dat geschikt is voor de leeftijd, de situatie en de aard van de pijn. Hierbij is het van belang ervaring op te doen met één of twee valide instrumenten en deze op een afdeling vervolgens consequent te gebruiken. De NVK is van mening dat de volgende observatie-instrumenten het best voldoen om acute en postoperatieve pijn bij kinderen onder de zeven jaar te beoordelen, namelijk de COMFORT gedragsschaal, Children and infants postoperative pain scale (CHIPPS), POKIS, FLACC en de CHEOPS. De Oucher en Wong-Baker Faces pain rating scale zijn zelfrapportage schalen die gebruikt kunnen worden vanaf drie jaar oud (de Goeij et al., 2015; NVK, 2007).

In het pijnprotocol van het kinderziekenhuis wordt alleen de FLACC score benoemd om pijn te beoordelen bij kinderen onder de vier jaar oud en de FPS-R voor kinderen vanaf vier jaar. In het protocol 'Pijnstilling bij kinderen' van de eigen organisatie worden de FLACC en de COMFORT gedragsschaal aanbevolen voor pijnbeoordeling bij kinderen onder de vier jaar. De FPS-R wordt vanaf vier aanbevolen.

Betrouwbaarheid en validiteit van pijnmeetinstrumenten

De keuze voor een pijnmeetinstrument wordt bepaald door de mate van betrouwbaarheid, validiteit, bruikbaarheid in de klinische setting en het gebruiksgemak (Duhn & Medves, 2004). Betrouwbaarheid verwijst naar de reproduceerbaarheid. Dit houdt in dat de meting onder verschillende omstandigheden of door verschillende beoordelaars vrijwel dezelfde consistente en reproduceerbare resultaten oplevert. Een goede methode hiervoor is een gelijktijdige pijnbeoordeling door twee verpleegkundigen bij dezelfde patiënt, ook wel tussenbeoordelaars-betrouwbaarheid genoemd (Duhn & Medves, 2004; NVK, 2007).

De validiteit van een pijnmeetinstrument is het bewijs dat het instrument meet wat het beoogt te meten. Dit dient op meerdere manieren getoetst te worden. Ten eerste wordt gekeken naar inhoudsvaliditeit en gezichtsvaliditeit. Dit zijn subjectieve beoordelingen of het instrument alle belangrijke aspecten omvat van het te meten pijngedrag. Daarnaast wordt de constructvaliditeit gemeten waarbij het instrument vergeleken met andere bestaande instrumenten. Een derde manier van toetsen is criterium validiteit waarbij de resultaten van het nieuwe instrument vergeleken wordt met de resultaten van een 'gouden standaard' instrument; de gevoeligheid (sensitiviteit) en specificiteit. Ten slotte is het van belang om te kijken in hoeverre het instrument een andere score laat zien wanneer de mate van pijn verandert; responsiviteit (Duhn & Medves, 2004; NVK, 2007).

COMFORT gedragsschaal en FLACC

De COMFORT gedragsschaal en de FLACC komen in de richtlijnen en protocollen sterk naar voren. Om later een keuze te kunnen maken voor een geschikt pijnmeetinstrument worden deze twee pijnmeetinstrumenten met elkaar vergeleken.

De COMFORT gedragsschaal is een multidimensioneel meetinstrument dat oorspronkelijk is ontwikkeld voor de klinische setting om comfort te meten bij kinderen van nul tot achttien die werden beademd en daarom ook werden gesedeerd. Het is dus niet direct ontwikkeld voor meten van pijn. De oorspronkelijke COMFORT gedragsschaal bevat zes gedrags- en twee fysiologische metingen. Het meten van fysiologische parameters zoals hartslag en bloeddruk hebben echter beperkt nut omdat ze sterk beïnvloed worden door factoren als stress, angst of misselijkheid (NVK, 2007). Hierop is de COMFORT gedragsschaal herzien waarbij alleen de zes gedragsitems alertheid, kalmitte/agitatie, huilen, lichaamsbeweging, spierspanning en gelaatspanning gehandhaafd zijn. Per gedragsmeting kunnen vijf kenmerken gescoord worden. Hiervoor dient de verpleegkundige het kind gedurende twee minuten te observeren en vult daarna de observatielijst in. Vervolgens koppelt ze op basis van haar klinische blik een visual analoge schaal (VAS) score aan deze beoordeling. Dit houdt in dat de verpleegkundige een inschatting maakt van een mogelijke pijnscore die gebaseerd is op

kennis en ervaring (Maaskant et al., 2016; V&VN, z.d.-a). De COMFORT gedragsschaal is gratis te downloaden via de website van meetinstrumenten in de zorg. Randvoorwaarden voor hanteerbaarheid zijn dat verpleegkundigen vertrouwd moeten zijn met het onderwerp pijnmeting bij kinderen en hierin een training van twee uur hebben gevolgd (Beckers, Rewald, & Jungen, 2015).

De FLACC is een ander observatie-instrument waarmee acute (postoperatieve) pijn bij kinderen gemeten kan worden. Het beoordeeld vijf pijngedragingen, namelijk gezicht, benen, activiteit, huilen en troostbaarheid. Per observatie zijn drie kenmerken benoemd die gescoord kunnen worden waarmee een indicatie gegeven wordt van een mogelijke pijnintensiteit (Choueiry et al., 2020; Crellin, Harrison, Santamaria, & Babl, 2015; Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997; NVK, 2007). Naast deze score wordt ook hier een VAS-score genoteerd op basis van de klinische blik van de verpleegkundige. (Loghum, 2011). De FLACC is een eenvoudig toepasbaar pijnmeetinstrument voor de klinische praktijk (NVK, 2007).

Uit verschillende studies blijken de COMFORT gedragsschaal en de FLACC beiden betrouwbare en valide pijnmeetinstrumenten voor kinderen onder de vier jaar oud. Beide instrumenten vertoonden uitstekende sensitiviteit en specificiteit om acute en postoperatieve pijn te meten bij deze kwetsbare patiëntengroep. Ook laten ze voldoende responsiviteit zien voor het meten van pijn (Bai, Hsu, Tang, & van Dijk, 2012; Maaskant et al., 2016; Meetinstrumenten in de zorg, z.d.). Resultaten uit eerdere onderzoeken lijken erop te wijzen dat de FLACC beter presteert om pijn te beoordelen dan de COMFORT gedragsschaal. De COMFORT gedragsschaal geeft meer gedetailleerde informatie voor sedatie en is hiervoor meer betrouwbaar (Johansson & Kokinsky, 2009).

Beïnvloedende factoren inzetten pijnmeetinstrument

Van verpleegkundigen wordt verwacht dat ze gevalideerde pijnmeetinstrumenten in de klinische setting (correct) gebruiken. Desondanks vertrouwen ze te veel op de eigen algemene indruk van de pijn in plaats van het kind en/of ouders te betrekken bij pijnbeoordeling en meetinstrumenten te gebruiken. Hierdoor kan pijn bij kinderen onderschat worden. Dit wordt in meerdere onderzoeken erkend (Senger et al., 2021). Er zijn een aantal factoren die het gebruik van een pijnmeetinstrument beïnvloeden.

Ten eerste vraagt de complexiteit van pijn kennis, vaardigheden en attitude om pijn op de juiste manier te beoordelen en te meten (Margonari & Hannan, 2017). Volgens de IASP is er uitgebreide behoefte aan pijneducatie voor zorgprofessionals. Vooral bij kinderen omdat het beoordelen van pijn bij hun bijzonder uitdagend kan zijn. Ondanks de beschikbare pijnmeetinstrumenten blijft het accuraat meten van pijn een uitdaging. Een belangrijke reden

hiervoor kan onvoldoende klinische scholing zijn. Daarnaast vraagt het van verpleegkundigen om tijd te maken voor het scoren van de observaties. Het gebrek aan kennis en onvoldoende tijd kan leiden tot het niet gebruiken van een pijnmeetinstrument. Scholing en het gebruik van een pijnmeetinstrument draagt bij aan het vertrouwen en vaardigheid om accuraat pijn te beoordelen door verpleegkundigen (Choueiry et al., 2020).

Daarnaast is de mogelijkheid voor goede, eenduidige documentatie van belang. Documentatie is nodig om pijnbeoordelingen te kunnen evalueren en het effect van de behandeling te kunnen beoordelen (Manworren & Stinson, 2016). Uit onderzoek in een Canadees ziekenhuis komt naar voren dat het documenteren van pijn geen routine is. In verschillende onderzoeken varieerden de documentatie voor pijnbeoordelingen tijdens een 24 uren audit van 58% tot 78% (Senger et al., 2021).

1.5 COM-B model

Het capaciteiten, omgeving, motivatie en gedrag (COM-B) model is een wetenschappelijk onderbouwd model waarmee gedrag geanalyseerd kan worden. Het biedt een eenvoudige en overzichtelijke structuur waarmee vanuit een brede blik beïnvloedende gedragsfactoren in kaart gebracht kunnen worden. Het COM-B model wordt in deze thesis toegepast om te onderzoeken wat verpleegkundigen nodig hebben om een pijnmeetinstrument te gebruiken wanneer ze pijn beoordelen bij kinderen jonger dan vier jaar oud.

De factoren capaciteit, omgeving en motivatie interacteren voortdurend met elkaar en bepalen waarom bepaald gedrag wel of niet wordt uitgevoerd. Bij capaciteiten wordt gekeken naar wat je kunt leren, zoals kennis en vaardigheden. In de omgeving gaat het om invloeden zoals werkprocessen, middelen of software. Hierbij wordt ook gekeken naar de sociale omgeving zoals gedrag van het team of van de leidinggevende. Motivatie richt zich op gewoontes, drijfveren en veranderbereidheid. Door deze factoren te onderzoeken kunnen later in het traject de juiste interventies gekozen worden die passen bij het probleem en het team (Informatieveiligheid gedrag in de zorg, 2023).

Hoofdstuk 2 Methoden

In dit hoofdstuk wordt het plan van aanpak, de onderzoeksopzet, beschreven. Daarbij worden de onderzoeksbenadering, setting en participanten, dataverzameling, data analyse en ethische overwegingen voor dit praktijkgericht onderzoek toegelicht.

2.1 Onderzoeksbenadering

Om te achterhalen wat kinderverpleegkundigen op de kinderafdeling nodig hebben om adequaat pijn te beoordelen bij kinderen jonger dan vier jaar is gekozen voor een mixed method onderzoek. Hierbij worden verschillende kwantitatieve en kwalitatieve dataverzamelingsmethoden in één onderzoeksopzet met elkaar gecombineerd om tot sterkere onderzoeksresultaten te komen. Dit wordt ook wel triangulatie genoemd. Hiermee wordt de betrouwbaarheid en kwaliteit van de onderzoeksresultaten verhoogd (Verhoef et al., 2019; Verhoeven, 2011).

Ten eerste wordt kwantitatief onderzoek gedaan met behulp van een enquête, ook wel surveyonderzoek genoemd. Dit is een gestructureerde dataverzamelmethode die geschikt is om meningen, houdingen en kennis bij grote groepen personen te meten. Hiermee wordt de huidige situatie in kaart gebracht binnen de groep verpleegkundigen. Het doel hiervan is inzicht te krijgen in het huidige gedrag dat het gebruiken van een pijnmeetinstrument voor pijnbeoordeling belemmert. Hierdoor kunnen later passende interventies gekozen worden om de wenselijke situatie te bereiken. De verzamelde data worden cijfermatig weergegeven (Informatieveiligheid gedrag in de zorg, 2023; Verhoeven, 2011).

Vervolgens wordt op basis van deze data een focusgroep interview gedaan met als doel meer diepgang in de resultaten te creëren en te kunnen anticiperen op de behoeften van het team. Dit is een vorm van kwalitatief onderzoek om meer inzicht te krijgen in percepties, ideeën en meningen (Bhandari, 2021; Raats, 2019; Verhoef et al., 2019). De aanbevelingen van de deelnemers worden meegenomen in het verbetervoorstel waardoor er draagvlak gecreëerd wordt voor de realisatie van het verbeterplan.

2.2 Setting & Participanten

De setting waarin het onderzoek plaats vindt, is de kinderafdeling en kinderdagverpleging van het ziekenhuis. Op de kinderafdeling wordt zorg verleend aan kinderen in de leeftijd vanaf twee weken tot achttien jaar oud die opgenomen zijn voor verschillende ziektebeelden en specialismen. Het onderzoek richt zich op het team (kinder)verpleegkundigen die tijdens hun dagelijkse zorg betrokken zijn bij het beoordelen van pijn bij kinderen jonger dan vier jaar oud. Het team bestaat uit 44 verpleegkundigen, waarvan 2 MBO-verpleegkundigen, 2 HBO-verpleegkundigen, 30 MBO-verpleegkundigen met kinderaantekening en 11 HBO-

verpleegkundigen met kinderaantekening. In Tabel 1 zijn de inclusie- en exclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie weergegeven.

De enquête wordt verstuurd naar 38 beschikbare verpleegkundigen. Deze groep is representatief voor het totale team. Stagiaires zijn niet meegenomen in de enquête omdat ze in de dagelijkse zorg niet zelfstandig verantwoordelijk zijn voor de zorg van de kinderen en het oriënterende stages betreft. Voor de focusgroep zijn vier kinderverpleegkundigen uitgenodigd waarbij rekening gehouden is met diversiteit in leeftijd, ervaring en opleidingsniveau. Ze hebben een kritische blik vanuit verschillende achtergronden. Op deze manier wordt beoogd vanuit een brede visie diepgang in het onderwerp te krijgen en verschillende meningen en ideeën te kunnen verzamelen.

Tabel 1 *Inclusie- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie*

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
MBO verpleegkundigen	Stagiaires
HBO verpleegkundigen	
Kinderverpleegkundigen	

2.3 Dataverzameling

Enquête

Met het versturen van een enquête binnen het team verpleegkundigen is als doel gesteld om inzicht te krijgen in de mate van kennis, ervaring, meningen en motivatie met betrekking tot de pijnbeoordeling bij kinderen onder de vier jaar oud. De enquête is zelf ontwikkeld met behulp van het programma Questback. Op basis van het literatuuronderzoek zijn de begrippen pijnbeoordeling, meetinstrumenten, attitude, ervaring, kennis, scholing, protocol en belemmeringen vastgesteld die leidend zijn geweest voor de vraagstellingen. Het omzetten van deze begrippen bepaald ook de validiteit van de enquête (Benders, 2020). In totaal zijn achttien vragen geformuleerd, waarvan zeventien gesloten vragen en één open vraag. Hiermee krijgen respondenten de gelegenheid om onbehandelde punten te benoemen of suggesties ter verbetering van pijnbeoordeling aan te geven. Gesloten vragen hebben een aantal voordelen. Ten eerste is voor de respondent duidelijk is wat de mogelijkheden zijn en kost het minder tijd om in te vullen. Ten tweede ligt de betrouwbaarheid van de verzamelde data hoger. Daarnaast kunnen de antwoorden later makkelijker verwerkt en vergeleken worden tijdens de data-analyse. Nadeel is dat deze manier van onderzoek kan leiden tot een zekere mate van beïnvloeding door de manier van vragen (Verhoef et al., 2019). Bij het ontwikkelen van de enquête is rekening gehouden dat de vragen helder, eenvoudig en eenduidig geformuleerd zijn en niet onnodig lang. Voor de

antwoorden is gebruik gemaakt van verschillende antwoordmogelijkheden, zoals dichotoom, meervoudige antwoorden en half open antwoorden. Een zelfontwikkelde vragenlijst heeft niet de voorkeur omdat dit veel tijd in beslag neemt en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek beïnvloed (Verhoef et al., 2019). Voordat de enquête verstuurd wordt, is de vragenlijst voorgelegd aan de werkbegeleider, teamleider en collega met expertise examinering en toetsing. Dit wordt gedaan om eventuele fouten te achterhalen, of de vragen in de juiste volgorde gesteld zijn en of er iets mist. Vervolgens wordt de link van de enquête per mail verstuurd naar de respondenten. De enquête is toegevoegd in Bijlage 1.

Focusgroep

Naast een enquête zal een focusgroep interview gedaan worden. Een focusgroep is kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij een aantal personen met elkaar in gesprek gaan om te discussiëren over een vooraf bepaald onderwerp. Het in gesprek gaan met elkaar roept reacties op die kunnen leiden tot nieuwe inzichten (Baarda et al., 2018; Raats, 2019). Voor deze groep zijn vier verpleegkundigen uit het team geselecteerd. Er is gekozen voor een homogene groep met een vergelijkbare achtergrond en expertise, waardoor iedereen een evenredige bijdrage kan bieden in het gesprek. Alle deelnemers hebben opleiding tot kinderverpleegkundige gevolgd. Er is diversiteit in de groep aangebracht met betrekking tot leeftijd, opleiding en ervaring om elkaar kritisch te kunnen bevragen vanuit verschillende invalshoeken (Raats, 2019). Ter voorbereiding van de focusgroep is een codeboom opgesteld met behulp van het COM-B model en het literatuuronderzoek. Op basis van de factoren capaciteiten, omgeving en motivatie zijn topics vastgesteld die als uitgangspunt dienen voor het gesprek. Per topic zijn een aantal vragen geformuleerd die richting geven aan het gesprek. Deze zijn verwerkt in een gespreksleidraad die houvast biedt tijdens het gesprek. Tijdens het gesprek zal doorgevraagd worden op deze vragen om diepgang te creëren (Verhoef et al., 2019). De codeboom en gespreksleidraad voor de focusgroep zijn terug te vinden in Bijlage 2.

2.4 Data-analyse

Enquête

De data die verzameld is met de enquête wordt binnen het programma Questback weergegeven in percentages met behulp van staafdiagrammen. Een staafdiagram is een grafiekvorm waarmee een duidelijk overzicht ontstaat van de antwoorden die gegeven zijn door de respondenten. Hiermee wordt in één oogopslag inzichtelijk welk antwoord het hoogst of het laagst scoort (Verhoeven, 2011).

Focusgroep

Het gesprek van de focusgroep wordt opgenomen met behulp van de dictafoon op de mobiele telefoon en Amberscript. Het gesprek wordt daarna getranscribeerd met behulp van Amberscript. Om het transcript te optimaliseren en fouten eruit te halen wordt de tekst nogmaals gecontroleerd. Hiermee wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd (Amberscript, 2023; Verhoeven, 2011). Vervolgens wordt het transcript uiteengerafeld en per fragment gecodeerd. Het coderen wordt gedaan aan de hand van de vooraf vastgestelde topiclijst. Dit wordt ook wel deductief coderen genoemd (Verhoef et al., 2019). De fragmenten worden per topic in de codeboom geordend om structuur aan te kunnen brengen aan de verzamelde data.

2.5 Ethische overwegingen

Onderzoek en verzamelen van gegevens dient te gebeuren met inachtneming van de Nederlandse gedragscode wetenschappelijk integriteit en de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Hierbij is uitgegaan van de principes eerlijkheid, zorgvuldigheid, transparantie, onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid. Voorafgaand aan het onderzoek wordt de afweging gemaakt of het onderzoek Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO)-plichtig is en getoetst dient te worden door de Medisch Ethische Toets Commissie (METC). Hiervoor is de beslissing doorlopen. Gezien het onderzoek niet beoogt bij te dragen aan medische kennis en geen patiënten bij het onderzoek betrokken zijn is het niet WMO-plichtig.

De enquête wordt anoniem ingevuld door respondenten. Voorafgaand aan het invullen van de enquête worden ze ingelicht over bescherming van de identiteit en gebruik van gegevens. Hiervoor geven ze akkoord door dit aan te vinken in de enquête.

De deelnemers aan de focusgroep hebben twee weken voor het gesprek het formulier Proefpersoon Informatie Formulier (PIF) en de toestemmingsverklaring niet-WMO plichtig onderzoek per mail toegestuurd gekregen. Op deze manier zijn ze tijdig geïnformeerd en kunnen ze de formulieren vooraf ondertekenen. Een voorbeeld PIF-toestemmingsformulier is toegevoegd in Bijlage 3.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de enquête en de focusgroep beschreven. Eerst wordt de respons en onderzoekspopulatie van de enquête kort beschreven. Vervolgens worden de resultaten op basis van het COM-B model toegelicht.

Respons en baseline karakteristieken

De enquête is per mail verstuurd naar 38 potentiële respondenten. Hiervan hebben 31 de enquête ingevuld. Dit geeft een responspercentage van 81,6%. Hiermee is een groot deel van de populatie onderzocht waaruit geconcludeerd mag worden dat de betrouwbaarheid van de resultaten is verhoogd (Verhoeven, 2011). Het grootste deel van de respondenten werkt langer dan twintig jaar op de afdeling en een andere grote groep respondenten werkt korter dan vier jaar op de afdeling. Ook is te zien dat 63,3% van de verpleegkundigen MBO geschoold is met aanvullend de specialisatie tot kinderverpleegkundige. Een percentage van 23,3% heeft een HBO opleiding en de specialisatie tot kinderverpleegkundige. De overige respondenten zijn verdeeld binnen andere groepen en opleidingen. In Tabel 2 is de onderzoekspopulatie weergegeven.

Tabel 2 Onderzoekspopulatie

Werkzaam op de kinderafdeling	< 4 jaar	> 4 jaar	> 10 jaar	> 20 jaar	
	26,7%	6,7%	13,3%	53,3%	
Opleiding	MBO	HBO	MBO +Kvpk	HBO +Kvpk	In opleiding Kvpk
	3,3 %	6,7%	63,3%	23,3%	3,3%

Uit de enquête en de focusgroep zijn de volgende resultaten naar voren gekomen. Deze worden beschreven op basis van de overkoepelende onderwerpen capaciteiten, omgeving en motivatie van het COM-B model.

1. Capaciteiten

Binnen het onderwerp capaciteiten zijn de topics ervaring, kennis en vaardigheden onderzocht. In de enquête geeft 86,7% van de verpleegkundigen aan dat ze pijn beoordelen op basis van (werk)ervaring. Uit de vragen die gericht zijn op scholing blijkt dat 86,7 % in de afgelopen vier jaar geen scholing meer gehad heeft over pijnbeoordeling bij kinderen. Van de 13,3% respondenten die wel scholing heeft gehad, geeft 83,3% aan dit tijdens de opleiding tot kinderverpleegkundige gehad te hebben. Ervaring en kennis samen beïnvloeden de vaardigheid van de pijnbeoordeling. Wanneer gevraagd wordt naar een eigen inschatting van deze vaardigheid, dan beoordeeld 43,3% van de verpleegkundigen zichzelf met een zeven,

26,7% met een acht en 20% met een zes. 10% van de respondenten beoordeeld zichzelf met een onvoldoende.

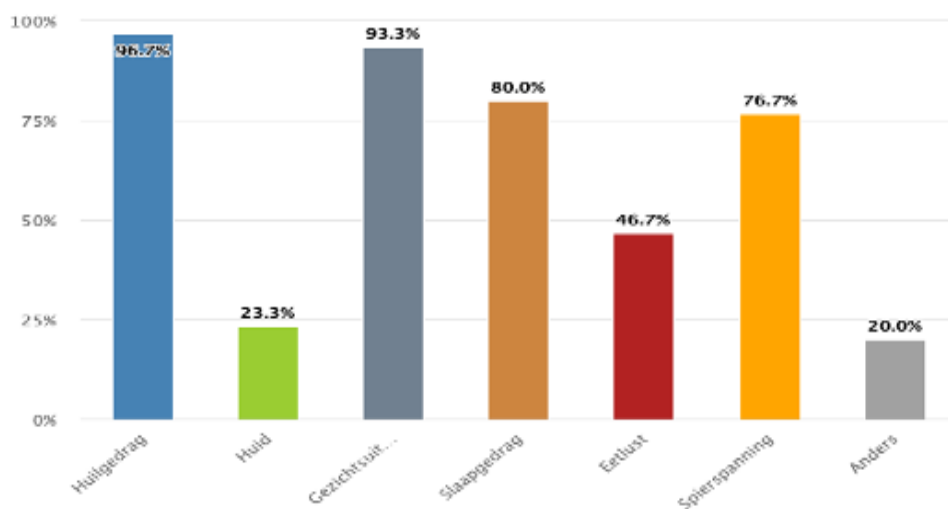
“Ik weet niet of ik voldoende kennis bezit, maar wel zeker de praktische kennis. (..) Door de jaren heen is meer praktische kennis opgedaan. (..) ik put nu heel veel uit ervaring”

Uit de enquête komt naar voren dat 90% van de verpleegkundigen met ouders overleggen wanneer ze pijn beoordelen. In de focusgroep wordt beaamd dat dit belangrijk is. Hierbij wordt wel aangegeven dat het voor ouders niet altijd makkelijk is om objectief te blijven. Je moet hierin kunnen filteren en dat maakt het beoordelen niet makkelijk.

“Je kunt ouders natuurlijk ook erbij betrekken, maar het is moeilijk om objectief te blijven. Ouders zitten hoog in de stress en zullen dingen misschien anders zien, maar van de andere kant kunnen ze het kind ook weer het beste”.

Uit de enquête worden de observaties huilgedrag, gelaatsuitdrukking, slaapgedrag en spierspanning het meest benoemd om pijn te beoordelen. Dit is te zien in Figuur 1. Daarnaast blijkt uit de enquête dat de vitale parameters door 73,3% van de respondenten meegenomen worden in hun pijnbeoordeling. In de focusgroep wordt aangegeven dat de vaardigheid om pijngedrag objectief te observeren en eenduidige interpretatie hiervan belangrijk is.

Figuur 1 Observaties pijnbeoordeling



25% van de respondenten geeft aan onbekend te zijn met pijnmeetinstrumenten. Van de overige respondenten geeft 33,3% ervaring te hebben met het gebruik van de COMFORT gedragsschaal en 21,7% van de respondenten met de FLACC. Deelnemers aan de

focusgroep geven aan dat ze ervaring opgedaan hebben tijdens de opleiding, waarbij geoefend werd met de COMFORT gedragsschaal of tijdens stage op de neonatologie.

“Tijdens de neonatologie stage voor de kinderaantekening, maar dat is ook al heel lang geleden. Maar je neemt nu wel al dingen mee die daar in staan, maar je gebruikt het meetinstrument nu niet”.

71,4% van de respondenten geven onvoldoende kennis aan als grootste belemmering voor het gebruik van de FLACC of COMFORT gedragsschaal voor pijnbeoordeling. De behoefte aan goede scholing wordt in de enquête vijf keer benoemd. Meer kennis en oefening zorgt voor meer bewustwording en vaardigheid in het objectief beoordelen van pijn.

De COMFORT gedragsschaal is bekend bij het grootste deel van de respondenten, namelijk 58,6%. Daarbij geeft 42,7% hier ook scholing over te hebben gehad. In de focusgroep werd toegelicht dat deze scholing bestond uit instructiefilmpjes en samen met de groep oefenen in het invullen van de observatielijsten. Dit werd als prettig ervaren omdat het objectief beoordelen bevordert en oefent met de invloeden vanuit de omgeving. Het gebruik van de COMFORT gedragsschaal geeft een duidelijk beeld voor pijnbeoordeling.

“Wij kregen toen filmpjes te zien en daarna werd geoefend om de observatielijsten in te vullen. Met een groep samen, zodat je ook goed kon vergelijken wat de een ziet en wat de ander ziet. Is het objectief? Is het subjectief?”

De FLACC is bekend bij 48,3% van de respondenten, waarvan 7,8% aangeeft geschoold te zijn in het gebruik hiervan. De FLACC wordt wel herkend als meetinstrument, maar in het verpleegkundig proces niet toegepast. Daarbij wordt aangegeven dat het onvoldoende toepassen van meetinstrumenten in praktijk ertoe heeft geleid dat kennis is verminderd.

Tijdens de focusgroep worden suggesties aangedragen waarmee kennis en vaardigheden binnen het verpleegkundig team verbeterd zou kunnen worden. Deze worden in hoofdstuk vijf verder toegelicht.

2. Omgeving

Het onderwerp omgeving is onderzocht op basis van de topics beleid, middelen en werkprocessen. In de enquête wordt door 76,7% van de respondenten aangegeven dat ze bekend zijn met het interne protocol ‘pijnstilling bij kinderen’. Tijdens de focusgroep wordt aangegeven dat bekend is wat het beleid binnen de organisatie is wanneer met de VAS-score gewerkt wordt. Wanneer gevraagd wordt naar het beleid met betrekking tot de FLACC en COMFORT gedragsschaal wordt aangegeven dat dit niet duidelijk is.

“Volgens mij staat die score ook in de protocollen. Ik weet het niet 100% zeker, maar volgens mij dat ook”

68,2% van de respondenten geeft aan op de hoogte te zijn dat de meetinstrumenten in het protocol terug te vinden zijn. Zowel in de enquête (14,3%) als tijdens de focusgroep wordt benoemd dat deze meetinstrumenten niet op de afdeling beschikbaar zijn en dus ook niet gebruikt worden. Er is geen formulier of zakkaart op de afdeling beschikbaar dat meegenomen kan worden aan bed als handvat voor eenduidige observatie en scoren. Er zijn ook geen duidelijke afspraken dat dit gebruikt moet worden.

“Omdat het niet de afspraak is. Een tijd geleden zou we dat wel introduceren, maar het is een beetje terughoudend geweest en we hebben nog niet afgesproken dat we het gaan doen”

Een andere belemmering die ervaren wordt voor het gebruik van een pijnmeetinstrument is dat er geen registratie mogelijk is binnen het EVD. In de enquête wordt dit door 25% van de respondenten benoemd. In de focusgroep wordt hier ook uitgebreid op ingegaan. Ze geven aan dat het gebruik van de FLACC in het EVD momenteel omslachtig is waardoor het niet gebruikt wordt. Een eenvoudige manier om de FLACC te kunnen rapporteren wordt wel gewenst. Dit zal bijdragen aan het gebruik van een meetinstrument, het inzichtelijk maken van de score, op welke observatie gescoord wordt en om beter te kunnen evalueren.

“En ik denk dat het niet alleen belangrijk is om alleen de score te benoemen, maar ook inderdaad op welke punten dat je scoort (..) Dus je benoemt als je een hoge score hebt ook wat afwijkend is”

Aangegeven wordt dat er gesprekken zijn geweest met de EVD-raad binnen de organisatie om dit in het EVD toepasbaar te maken. Echter, in verband met een switch naar andere software binnen de organisatie in de nabije toekomst is dit momenteel niet mogelijk.

3. Motivatie

Om de motivatie bij het team kinderverpleegkundigen in kaart te brengen zijn de topics intenties (bewuste motivatie) en gewoontes (onbewuste motivatie) onderzocht. 96,7% van de respondenten geeft aan dat het gebruik van een pijnmeetinstrument zal bijdragen bij het verbeteren van pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar. Tijdens de focusgroep wordt daar als kanttekening bij aangegeven dat de tijdsinvestering, het invullen van een observatielijst en de registratielast door het team als een belemmering kan worden ervaren om een pijnmeetinstrument te gebruiken.

“Ik denk dat het mensen kan afschrikken omdat ze nog meer moeten invullen, weer iets erbij, weer iets registreren”

De focusgroep geeft aan dat het de meerwaarde van een pijnmeetinstrument inziet. Het gebruik hiervan biedt een duidelijk handvat voor objectieve beoordeling wat bijdraagt aan een adequaat pijnbeleid en patiëntveiligheid. Wanneer het team zich bewust wordt van het feit dat ze de gedragsobservaties uit het meetinstrument al uitvoeren zullen ze de verandering als minder groot kunnen ervaren. Hierdoor zal de motivatie toenemen.

“Het is niet registreren om te registreren, maar je kunt zelf duidelijk, feitelijk observeren en daar ook acties op uitzetten. En dat rapporteer je ook”

” Ik denk wel dat als mensen zien of door krijgen dat ze het al allemaal doen. (..) Het zou een eerste stap kunnen zijn”

Hoofdstuk 4 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk wordt het verband gelegd tussen de literatuur en de resultaten uit de enquête en focusgroep. Daarnaast wordt gereflecteerd op de sterke en zwakke punten uit het onderzoek. Afsluitend wordt de conclusie beschreven waarin antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag van het praktijkgericht onderzoek.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen wat verpleegkundigen op de kinderafdeling nodig hebben om een pijnmeetinstrument te gebruiken om pijn te beoordelen bij kinderen jonger dan vier jaar oud. Hiervoor is een literatuuronderzoek, enquête en focusgroep interview gedaan. De resultaten die hieruit naar voren zijn gekomen laten zien dat er onvoldoende kennis en vaardigheden zijn in het gebruik van een observatie-instrument. Daarnaast wordt binnen de organisatie onvoldoende voldaan aan randvoorwaarden die nodig zijn om een pijnmeetinstrument te kunnen gebruiken in de praktijk. Het belang om een pijnmeetinstrument te gebruiken wordt door vrijwel het hele team erkend. Er is voldoende motivatie en draagkracht om pijnbeoordeling op de afdeling te verbeteren met behulp van een pijnmeetinstrument.

Uit de literatuur komt naar voren dat verpleegkundigen te veel op hun eigen algemene indruk van de pijn vertrouwen in plaats van een pijnmeetinstrument te gebruiken (Senger et al., 2021). In de enquête wordt dit bevestigd. Ook de verpleegkundigen op de kinderafdeling beoordelen pijn op basis van ervaring en geven hier een eigen interpretatie aan. Ze maken hierbij geen gebruik van een pijnmeetinstrument. Het gebruik van een pijnmeetinstrument is echter van belang om pijn adequaat te kunnen beoordelen. Wanneer pijn niet adequaat en voldoende geëvalueerd wordt en niet adequaat gereageerd wordt op pijnbeoordelingen leidt dit tot suboptimale behandeling van pijn (Manworren & Stinson, 2016).

De complexiteit van pijn vraagt om vaardigheden, kennis en attitude om pijn op de juiste manier te beoordelen en te meten (Margonari & Hannan, 2017). Uit het onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen veel algemene kennis over pijnbeoordeling bezitten en zich bewust zijn van het multidimensionele en complexe karakter van pijn. Ze bezitten echter onvoldoende specifieke kennis en vaardigheden om de FLACC of COMFORT gedragsschaal correct te gebruiken. Daarnaast heeft scholing over pijnbeoordeling en pijnmeetinstrumenten voornamelijk plaats gevonden tijdens de opleiding tot kinderverpleegkundige en stages. Dit is voor het grootste deel van het team minimaal vier jaar geleden. Deze kennis en vaardigheden zijn vervolgens niet meer meegenomen naar de praktijk waardoor kennis en vaardigheden verder zijn afgenomen. Scholing in kennis en vaardigheden in het gebruik van pijnmeetinstrument draagt bij aan het vertrouwen en de vaardigheid om pijn adequaat te

kunnen beoordelen met behulp van een pijnmeetinstrument. Hierdoor zal het gebruik in de praktijk ook bevorderd worden (Choueiry et al., 2020). Er kan dus gezegd worden dat verpleegkundigen al veel kennis en ervaring bezitten om pijn te beoordelen, maar dat aanvullende scholing nodig is om het gebruik van een pijnmeetinstrument en daarmee pijnbeoordeling te bevorderen.

In de landelijke richtlijn 'Pijnmeting en behandeling bij kinderen' wordt aanbevolen dat een pijnmeetinstrument gebruikt dient te worden dat geschikt is voor de leeftijd, de situatie en de aard van de pijn. Hierbij is het van belang ervaring op te doen met één of twee valide instrumenten en deze op een afdeling vervolgens consequent te gebruiken (NVK, 2007). Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat zowel de FLACC als de COMFORT gedragsschaal valide en betrouwbare meetinstrumenten zijn om pijn te beoordelen binnen de klinische setting. Wanneer een keuze gemaakt moet worden voor de kinderafdeling dan worden de volgende afwegingen gemaakt. Uit de literatuur blijkt de FLACC beter te presteren om acute pijn te beoordelen dan de COMFORT gedragsschaal. De COMFORT gedragsschaal geeft daarentegen meer gedetailleerde informatie voor sedatie en is hiervoor meer betrouwbaar (Johansson & Kokinsky, 2009). Uit de resultaten van de enquête en de focusgroep komt naar voren dat de COMFORT gedragsschaal bij het grootste deel van het team bekend is en geschoold is. De FLACC is ook bij een groot deel van het team bekend, echter hierin is maar een klein deel geschoold. Voor beide pijnmeetinstrumenten zullen verpleegkundigen evenredig scholing en training nodig hebben gezien de scholing al minimaal langer dan vier jaar geleden is en kennis en vaardigheid in het gebruik is verminderd. Dit maakt de afweging voor beide gelijk. Wanneer gekeken wordt naar gebruiksgemak dan gaat de voorkeur uit naar de FLACC, omdat deze eenvoudiger in gebruik is doordat het aantal gedragsitems en de keuzemogelijkheden hier compacter is. Op basis van bovengenoemde afwegingen zou de FLACC het meest passende observatie-instrument voor de kinderafdeling zijn.

In het interne protocol wordt op dit moment de FPS-R gezichtjesschaal aanbevolen vanaf de leeftijd van vier jaar oud. In de literatuur wordt geadviseerd om de FPS-R te gebruiken bij kinderen vanaf drie jaar in combinatie met een observatie-instrument zoals de FLACC (Duhn & Medves, 2004; NVK, 2007; Thrane et al., 2016). Gezien het feit dat zelfrapportage altijd de gouden standaard is, zal bij kinderen vanaf drie jaar overwogen kunnen worden of het inzetten van de FPS-R in combinatie met de FLACC, bijdraagt aan de pijnbeoordeling van het kind. Deze mogelijkheid zou toegevoegd kunnen worden bij de aanbevelingen in het protocol.

Uit de enquête en de focusgroep komt duidelijk naar voren dat er binnen de organisatie op verschillende gebieden onvoldoende aan de randvoorwaarden wordt voldaan om pijnbeoordeling bij kinderen onder de vier jaar optimaal te kunnen uitvoeren. Het algemeen pijnbeleid binnen de organisatie en de protocollen zijn bij het team bekend. Uit het onderzoek blijkt echter dat dit voor kinderen onder de vier jaar onvoldoende is geïmplementeerd. De pijnmeetinstrumenten zijn benoemd in het protocol, maar zijn niet beschikbaar op de afdeling. Er zijn geen duidelijke afspraken hoe omgegaan wordt met pijnbeoordeling bij kinderen onder de vier jaar. De focus ligt met name op het gebruik van de VAS-score. Daarnaast is de registratie mogelijkheid binnen het EVD onvoldoende. Er is wel een document voor de FLACC in het EVD verwerkt. Echter, dit document is omslachtig te benaderen, waardoor het niet gebruikt wordt. In de literatuur wordt het belang van goede mogelijkheid voor documentatie benadrukt. Dit is nodig om pijnbeoordelingen te kunnen evalueren en het effect van de behandeling te kunnen beoordelen (Manworren & Stinson, 2016).

Sterke en zwakke punten

Terugkijkend op het onderzoek zijn een aantal sterke en zwakke punten te benoemen. Een sterk punt is het literatuuronderzoek. Er is veel literatuur te vinden over pijn en pijnmeetinstrumenten. Het was dus belangrijk om de juiste zoektermen en bouwstenen te gebruiken om gericht te kunnen zoeken in databanken. Dit heeft meerdere recente, Engelstalige artikelen uit gerenommeerde tijdschriften opgeleverd, waarmee het theoretisch kader onderbouwd kon worden. Andere sterke punten zijn het gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden en de hoge responsgraad van de enquête. Dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd.

Tijdens de analyse van de enquête zijn een aantal verbeterpunten voor de vragenlijst naar boven gekomen. Ondanks dat de vragenlijst vooraf door drie verschillende personen is nagekeken blijkt de vraagstelling niet overal helemaal duidelijk te zijn geweest, waardoor ook de antwoorden beïnvloed zijn. Dit heeft de validiteit en betrouwbaarheid van de enquête beïnvloed. Door meer gebruik te maken van stellingen en likertschalen in plaats van ja/nee antwoorden zou de huidige situatie nauwkeuriger onderzocht zijn.

Daarnaast is voor het ontwerpen van de enquête gebruik gemaakt van uitkomsten uit het literatuuronderzoek, zoals kennis en ervaring. Later in het proces, bij het voorbereiden van de focusgroep, is gebruik gemaakt van het COM-B model. Dit model gaf duidelijke structuur om het huidige gedrag te analyseren. Wanneer het model met de topics van de enquête vergeleken worden, dan is te zien dat er een grote overlap is. Alle topics komen aan bod, maar achteraf had nog meer ingegaan mogen worden op omgeving, motivatie en meningen.

Tijdens de focusgroep zijn de topics en diepgang die gemist werd binnen de enquête alsnog onderzocht.

De focusgroep had als sterk punt dat deze goed was voorbereid. Er is gebruik gemaakt van het COM-B model waarmee vooraf een overzichtelijke codeboom is ontwikkeld die structuur gaf aan het gesprek en de latere analyse. Daarbij wordt als kanttekening gezet dat het formuleren van 'goede vragen' een uitdaging is. De uitvoering van de focusgroep had sterke en zwakke punten. Sterk was dat alle deelnemers betrokken waren bij het onderwerp en alle drie waardevolle bijdrage hadden in het gesprek. Een zwak punt was dat het als interviewer moeilijk was om zowel het proces als product te bewaken. De inschatting tijdens het gesprek om te beslissen of er voldoende informatie is verzameld en waar nog eventueel verder doorgevraagd kon worden was moeilijk.

Hoewel er verbeterpunten in het onderzoek naar voren gekomen zijn kan gezegd worden dat de resultaten waardevol en bruikbaar zijn voor het trekken van conclusies. Hiermee kan antwoord gegeven worden op de hoofdvraag uit dit onderzoek en kan gericht advies worden afgegeven aan de organisatie ter verbetering van de kwaliteit van pijnbeoordeling bij kinderen onder de vier jaar oud op de kinderafdeling.

Nadat de FLACC geïmplementeerd is op de kinderafdeling kan het huidige onderzoek verder doorgezet worden binnen de organisatie. Denk hierbij aan de recovery en de Spoedeisende Hulp. Ook hier komen jonge kinderen waarbij adequate pijnbehandeling van belang is. Het zal zorgen voor vroegtijdig onderkennen van pijn waardoor tijdig pijnbehandeling ingezet kan worden.

Conclusie

Na het uitvoeren van dit onderzoek is de doelstelling om inzicht te krijgen in beïnvloedende factoren voor verpleegkundigen om de FLACC of COMFORT gedragsschaal te gebruiken tijdens het beoordelen van pijn bij kinderen jonger dan vier jaar bereikt. Hiermee kan antwoord gegeven worden op de hoofdvraag "Wat hebben verpleegkundigen op de kinderafdeling nodig om een pijnmeetinstrument te gebruiken bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar waardoor vroeger herkenning van pijn en behandeling geoptimaliseerd kan worden?"

Geconcludeerd kan worden dat verpleegkundigen op de kinderafdeling meer kennis en vaardigheden nodig hebben om een observatie-instrument te gebruiken bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud. Daarnaast zal binnen de organisatie aan randvoorwaarden moeten worden voldaan in de vorm van het beschikbaar stellen van een

geschikt pijnmeetinstrument, de mogelijkheid tot eenduidige en toegankelijke registratie in het EVD en duidelijke afspraken met betrekking tot werkprocessen en protocollen.

Hoofdstuk 5 Advies en inbedding

In dit hoofdstuk wordt het advies beschreven waarmee het gebruik van een pijnmeetinstrument bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar verbeterd kan worden. Hierbij is ook aandacht voor de inbedding van deze adviezen op de afdeling.

Verandering is geen eenmalige actie. Om te zorgen voor een blijvend resultaat moet hier structureel aandacht aan worden besteed om te voorkomen dat men terug valt in oude gewoonten. Hiervoor wordt een kernteam samengesteld dat bestaat uit de teamleider en twee verpleegkundigen. Ze zullen het implementatie proces voorbereiden, uitvoeren, begeleiden en monitoren. Daarnaast zijn ze verantwoordelijk voor de communicatie met alle betrokkenen, zoals protocol beheerder, het EVD-team en het verpleegkundig team. Het kernteam zal gedurende de implementatie vooruitgang monitoren door het checken van documentatie in het EVD. De uitkomsten hiervan kunnen gecommuniceerd worden met het team om bij te sturen of om te complimenteren. Na drie maanden wordt de implementatie geëvalueerd met de afdelingsmanager en kan daar waar nodig bijgestuurd worden. Hiermee wordt de gedragsverandering geborgd.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit het praktijkgericht onderzoek zijn de volgende adviezen voortgekomen. Bij het vaststellen van deze adviezen is gebruik gemaakt van de werkbladen interventiefuncties van het COM-B model. Deze zijn terug te vinden in Bijlage 4. Hiermee worden gerichte interventies gekoppeld aan de inzichten die zijn opgedaan door de gedragsanalyse. Hierdoor is er een grote kans om de verandering van gedrag daadwerkelijk tot stand te brengen (Informatieveiligheid gedrag in de zorg, 2023).

1. **EVD:** Voordat gestart wordt met het gebruik van de FLACC in de praktijk zal het EVD aangepast moeten worden, zodat het registreren vereenvoudigd wordt. Een belemmering hierin is de huidige ontwikkeling binnen de organisatie waarin een nieuw software systeem geïmplementeerd zal gaan worden. Hierdoor is het niet mogelijk om de gehele FLACC opnieuw te verwerken. De onderzoeker heeft daarom opnieuw overleg gehad met de aandachtsvelder EVD op de afdeling en een beleidsmedewerker van het EVD. Hierin is besproken dat als tussenoplossing een tekstbouwsteen FLACC beschikbaar gemaakt zal worden onder de verpleegkundige diagnose pijn. Dit zal zorgen voor een eenduidige en toegankelijke registratie mogelijkheid. Hierdoor kan pijn optimaal geëvalueerd worden en een effectieve behandeling worden ingezet.

Activiteiten:

- Maart 2023: Tekstbouwsteen ontwerpen (onderzoeker en aandachtsvelder EVD).
- April 2023: Verwerken tekstbouwsteen in EVD (beleidsmedewerker).
- April 2023: Publiceren en communiceren gebruik tekstbouwsteen (onderzoeker en aandachtsvelder EVD).

- 2. Pijnmeetinstrument:** Gezien het compacte en eenvoudige gebruik van de FLACC en deze valide en betrouwbaar is gebleken uit verschillende onderzoeken, is in overleg met de teamleider en manager besloten om dit observatie-instrument te implementeren voor pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar op de kinderafdeling. Er is een zakkaart in ontwikkeling waarop diverse meetinstrumenten voor kinderen beschikbaar worden gemaakt. In overleg met de teamleider zal de FLACC hierin worden opgenomen. Als tussenoplossing zal het FLACC formulier dat gratis verkrijgbaar is via de website meetinstrumentenindezorg.nl, uitgeprint worden en op de teampost gelegd worden. Op deze manier is het instrument eenvoudig beschikbaar voor verpleegkundigen om dit mee te nemen naar hun patiënt.

Activiteiten:

- April 2023: FLACC observatie-instrument printen en beschikbaar stellen op de afdeling (onderzoeker).
- April 2023: Zakkaart versie FLACC aanleveren aan teamleider (onderzoeker).
- April 2023: Communicatie beschikbaarheid FLACC naar team (onderzoeker).

- 3. Scholing:** Verpleegkundigen zullen geschoold moeten worden in het gebruik van de FLACC. Een teamvergadering is hiervoor een geschikt moment. Tijdens deze vergadering is het grootste deel van het team aanwezig en de manager kan direct het belang van deze kwaliteitsverbetering benadrukken. Hierbij wordt gestreefd om aan te sluiten op de intrinsieke motivatie van verpleegkundigen om hen te motiveren de verandering daadwerkelijk uit te voeren. Een ander voordeel om dit moment voor scholing te kiezen is dat verpleegkundigen niet buiten werktijd extra terug hoeven te komen voor scholing.

Theoretische kennis kan daarnaast ook eventueel geschoold worden met een e-learning module binnen het leerplein. Een BIG-tutor van de afdeling heeft een e-learning hierover tot haar beschikking. Deze module is echter nog niet door de academie binnen de organisatie in het leerplein verwerkt. Er zal verder onderzoek

nodig zijn of deze scholing voldoet aan de criteria, aansluit op de FLACC en of deze beschikbaar gesteld kan worden voor de afdeling.

Activiteiten:

- Maart 2023: Tijd reserveren scholing teamvergadering (onderzoeker, teamleider).
- April 2023: Onderzoek opstarten mogelijkheid E-learning (onderzoeker, BIG-tutor, academie).

- 4. Vaardigheidstraining:** Het gebruik van de FLACC kan getraind worden door middel van bedside teaching. In de focusgroep wordt de voorkeur uitgesproken om het gebruik van de FLACC samen aan bed te oefenen. Op deze manier kan goed met elkaar vergeleken worden hoe gedrag wordt geïnterpreteerd en kan van elkaar geleerd worden. Op deze manier wordt beoogd dat het hele team op eenduidige wijze het pijngedrag observeert en scoort. Voor de bedside teaching zullen primair de BIG-tutoren ingezet worden, zodat het team eenduidig geïnstrueerd wordt. Daarnaast kunnen verpleegkundigen ingezet worden die al eerder scholing en ervaring hebben in het gebruik van de FLACC. Op deze manier zal er regelmatig iemand aanwezig zijn die collega's kunnen coachen en begeleiden. Naar mate de implementatie vordert zullen collega's elkaar onderling ook kunnen coachen.

Activiteiten:

- April 2023: Training bedside teaching BIG-tutoren/Verpleegkundigen (onderzoeker).
- Mei 2023: Start bedside-training verpleegkundigen kinderafdeling (onderzoeker, BIG tutoren/verpleegkundigen).

- 5. Protocol:** Het huidige protocol 'Pijnstilling bij kinderen' wordt zodanig aangepast zodat eenduidige afspraken met betrekking tot het werkproces beschreven zijn. Hierdoor wordt het voor verpleegkundigen duidelijk wat van hen verwacht wordt en welke interventies zij moeten/kunnen inzetten. Dit advies zal door de onderzoeker besproken worden met de beheerder van het protocol, in samenwerking met de teamleider, kinderartsen en pedagogisch medewerkers. De resultaten uit dit onderzoek en de ervaringen na implementatie worden meegenomen in de aanpassingen van het protocol.

Activiteiten:

- September 2023: Evaluatie (onderzoeker, teamleider, BIG tutoren)
- September 2023: Contact aandachtsvelder protocollen (onderzoeker).

Literatuurlijst

- Academisch Pijn Centrum Nijmegen. (2022). *Pijn bij kinderen*. Geraadpleegd op 9 december 2022, van <http://www.pijn.nl/locatie-van-pijnsymptomen/pijn-bij-kinderen.html>
- Amberscript. (2023). *Interviews transcriberen en coderen*. Geraadpleegd op 21 januari 2023, van <https://www.amberscript.com/nl/blog/interviews-coderen/>
- Baarda, A., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2018). *Basisboek Kwalitatief onderzoek* (Vol. vierde druk). Groningen/Utrecht: Noordhoff.
- Bai, J., Hsu, L., Tang, Y., & van Dijk, M. (2012). Validation of the COMFORT Behavior scale and the FLACC scale for pain assessment in Chinese children after cardiac surgery. *Pain management nursing*, 13(1), 18-26.
- Beckers, S., Rewald, S., & Jungen, M. J. H. (2015). *Uitgebreide toelichting instrument, Comfort gedragsschaal*. Geraadpleegd op 21 januari 2023, van https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/198_1_N.pdf
- Beltramini, A., Milojevic, K., & Pateron, D. (2017). Pain Assessment in Newborns, Infants, and Children. *Pediatric annals*, 46 10, e387-e395.
- Benders, L. (2020). *Validiteit en betrouwbaarheid in een enquête*. Geraadpleegd op 18 januari 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-en-betrouwbaarheid-een-enquete/#validiteit-in-je-enquete>
- Bhandari, P. (2021). *Kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 10 januari 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwalitatief-onderzoek/>
- Choueiry, J., Reszel, J., Hamid, J. S., Wilding, J., Martelli, B., & Harrison, D. (2020). Development and pilot evaluation of an educational tool for the FLACC pain scale. *Pain Management Nursing*, 21(6), 523-529.
- Cranenburgh, B. H. W. F. (2021). *Pijn. nieuwe inzichten - andere aanpak*. *Pijn. nieuwe inzichten - andere aanpak* (Tiende, herziene druk. druk Non-fiction): Bohn Stafleu van Loghum.
- Crellin, D. J., Harrison, D., Santamaria, N., & Babl, F. E. (2015). Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry and Consolability scale for assessing pain in infants and children: is it reliable, valid, and feasible for use? *Pain*, 156(11), 2132-2151.

- de Goeij, M., Steegers, M. A., Veldhoven, C. M., & Vissers, K. C. (2015). Pijn meten is nuttig en iedere arts kan het: 7 tips. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159.
- Duhn, L. J., & Medves, J. M. (2004). A systematic integrative review of infant pain assessment tools. *Advances in neonatal care*, 4(3), 126-140.
- Informatieveiligheid gedrag in de zorg. (2023). *Onderzoeken van factoren die het gedrag beïnvloeden*. Geraadpleegd op 16 januari 2023, van <https://www.informatieveiliggedragzorg.nl/wegwijzer/?step=1088>
- Johansson, M., & Kokinsky, E. (2009). The COMFORT behavioural scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care. *Nursing in critical care*, 14(3), 122-130.
- Loghum, B. S. v. (2011). Ernstige infecties bij kinderen. *Huisarts en wetenschap*, 54(1), 32-32.
- Maaskant, J., Raymakers-Janssen, P., Veldhoen, E., Ista, E., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2016). The clinimetric properties of the COMFORT scale: a systematic review. *European Journal of Pain*, 20(10), 1587-1611.
- Manworren, R. C., & Stinson, J. (2016). *Pediatric pain measurement, assessment, and evaluation Seminars in pediatric neurology* (Vol. 23, pp. 189-200): Elsevier.
- Margonari, H., & Hannan, M. S. (2017). Quality Improvement Initiative on Pain Knowledge, Assessment, And Documentation Skills of Pediatric Nurses. *Pediatric Nursing*, 43(2), 65-70.
- McCaffery, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meetinstrumenten in de zorg. (z.d.). *Comfort scale*. Geraadpleegd op 21 januari 2023, van <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/comfort-scale/>
- Merkel, S., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23.
- NVK. (2007). *Richtlijn Pijnmeting en Behandeling van pijn bij kinderen*. Geraadpleegd op 20 januari 2023, van <https://www.nvk.nl/themas/kwaliteit/richtlijnen/richtlijn?componentid=6881319&tagtitles=Acute%2BKindergeneeskunde,Intensive%2BCare,Pijn>
- NVK. (2012-2022). *Richtlijn Pijnmeting en Behandeling van pijn bij kinderen*. Geraadpleegd op 30 oktober 2021, van

<https://www.nvk.nl/themas/kwaliteit/richtlijnen/richtlijn?componentid=6881319&tagtitles=Acute%2BKindergeneeskunde,Intensive%2BCare,Pijn>

- Raats, I. (2019). *Handleiding Focusgroepen*. Geraadpleegd op 11 januari 2023, van https://participatiekompas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april_-tg.pdf
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Sluka, K. A. (2020). The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976.
- Senger, A., Bryce, R., McMahon, C., & Baerg, K. (2021). Cross-sectional study of pediatric pain prevalence, assessment, and treatment at a Canadian tertiary hospital. [Article]. *Canadian Journal of Pain*, 5(1), 172-182.
- Thrane, S. E., Wanless, S., Cohen, S. M., & Danford, C. A. (2016). The assessment and non-pharmacologic treatment of procedural pain from infancy to school age through a developmental lens: a synthesis of evidence with recommendations. *Journal of pediatric nursing*, 31(1), e23-e32.
- V&VN. (z.d.-a). *Comfort gedragshaal*. Geraadpleegd op 21 januari 2023, van <https://www.venvn.nl/media/he3gzqu0/vvnp-comfort.pdf>
- V&VN. (z.d.-b). *Pijnmeting*. Geraadpleegd op 17 maart 2021, van <https://www.venvn.nl/media/skddzkkt/vvnp-pijnmeting-220514-lees-hier-meer.pdf>
- Van Lingen, R. A., & Brand, P. L. P. (2009). Meting en behandeling van pijn bij kinderen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 153, 167.
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2019). *Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (Vol. 4e). Den Haag: Boom Lemma.
- Vervoort, T., Goubert, L., & Bijttebier, P. (2009). Pijn meten bij kinderen kinderen en adolescenten adolescenten. In *Boekblok Pijn info* (pp. 170-175): Springer.
- VMS. (2011). *Veilige zorg voor zieke kinderen*. Geraadpleegd op 21 november 2022, van https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/11/web_2011.0114_praktijkgids_kinderen.pdf

Williams, A. C. d. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423.

Zuyderland. (2022). *Pijnstilling bij kinderen*. *Zenya*. Geraadpleegd op 30 november 2022, van

<https://zuyderland.zenya.work/portal/#/document/c5817086-af25-49b0-9299-fbfccdce264e>

Bijlagen

Bijlage 1 Enquête

11-01-2023 16:01

QuestBack

Pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar

1) Hoe lang ben je werkzaam op de kinderafdeling?

- ☐ < 4 jaar
- ☐ > 4 jaar
- ☐ > 10 jaar
- ☐ > 20 jaar

2) Welke opleiding heb je gevolgd?

- ☐ MBO
- ☐ HBO
- ☐ MBO + kinderaantekening
- ☐ HBO + kinderaantekening
- ☐ In opleiding tot kinderverpleegkundige

3) Op welke manier beoordeel je op dit moment pijn bij kinderen jonger dan vier jaar oud?

- ☐ Meetinstrument
- ☐ Op basis van ervaring
- ☐ Ik beoordeel pijn niet bewust
- ☐ Overleg met ouders
- ☐ Vitale parameters
- ☐ Anders

4) Welke observaties voer je onder andere uit als je pijn beoordeeld bij kinderen jonger dan vier jaar oud?

- ☐ Huilgedrag
- ☐ Huid
- ☐ Gezichtsuitdrukking
- ☐ Slaapgedrag
- ☐ Eetlust
- ☐ Spierspanning
- ☐ Anders

5) Welke punt geef jij jezelf in het beoordelen van pijn bij kinderen jonger dan vier jaar oud?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

6) In hoeverre denk je dat het gebruik van een pijnmeetinstrument bijdraagt aan de pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud?

- ☐ Draagt wel bij
- ☐ Draagt niet bij

7) Heb je in de afgelopen vier jaar scholing gehad over pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

8) Zo ja, op welke manier heb je deze scholing gehad?

- ☐ E learning
- ☐ Symposium
- ☐ Opleiding kinderverpleegkundige
- ☐ Klinische les
- ☐ Anders

9) Ben je bekend met de FLACC score?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, ga door naar vraag 10

10) Heb je scholing gehad over het gebruik van de FLACC score?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ N.v.t.

11) Heb je ervaring in het gebruik van de FLACC score?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ N.v.t.

12) Ben je bekend met de COMFORT gedragsschaal?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, ga door naar vraag 13

13) Heb je scholing gehad over het gebruik van de COMFORT gedragsschaal?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ N.v.t.

14) Heb je ervaring in het gebruik van de COMFORT gedragsschaal?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ N.v.t.

15) Ben je bekend met het protocol 'pijnstilling bij kinderen'?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, ga door naar vraag 16

16) Welke onderdelen worden benoemd in het protocol 'pijnstilling bij kinderen'?

- ☐ Pijnpreventie
- ☐ Voorlichting
- ☐ Stappenplan medicatie
- ☐ Meetinstrumenten
- ☐ Complicaties
- ☐ Contra-indicaties
- ☐ Afkapwaarden

17) Wat belemmert je in het gebruik van de FLACC of COMFORT gedragsschaal bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud?

- ☐ Onvoldoende kennis
- ☐ Onbekend met pijnmeetinstrumenten
- ☐ Geen pijnmeetinstrument beschikbaar
- ☐ Geen registratie mogelijkheid in EVD
- ☐ Anders

18) Heb je nog aanvullingen/suggesties waarmee pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar geoptimaliseerd kan worden?

0/4000

Bijlage 2 Codeboom en gespreksleidraad focusgroep



Gespreksleidraad Focusgroep

Gespreksleider: Naomi van Lienden- van Hees

Datum: 24 januari 2023

Doelgedrag: Het gebruiken van een pijnmeetinstrument bij pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud op de kinderafdeling.

- **Introductie:** Het doel van het gesprek is om meer inzicht te krijgen in de manier van beoordelen van pijn bij kinderen onder de vier jaar oud op onze afdeling, waar we tegen aan lopen en wat we nodig hebben om de pijnbeoordeling te verbeteren. Dit gesprek zal ongeveer 45-60 minuten tijd in beslag nemen.
Ik wil benadrukken dat de vragen gericht zijn op **pijnbeoordeling bij kinderen onder de vier jaar oud**. Dit om verwarring te voorkomen dat er informatie verward wordt met pijnmeting bij kinderen ouder dan vier jaar oud.
- **Spelregels:**
 - Iedereen mag vrijuit spreken.
 - Laat elkaar uitpraten.
 - Alle meningen zijn even belangrijk.
 - Geen goed of fout.
 - Iedereen aan bod laten komen.
 - Toestemmingsformulier ondertekenen.
 - Per topic.
 - **ABN**

COM-B model 'Pijnbeoordeling'	
Openingsvraag	• Wat houdt pijnbeoordeling bij kinderen onder de vier jaar oud voor jou in?
Capaciteit	
Topics	Voorbeeldvragen
Vaardigheden/ Competenties	• Op welke manier beoordeel je op dit moment pijn bij kinderen? • Welke vaardigheden denk je als verpleegkundige nodig te hebben om pijn te kunnen beoordelen?

	• Wat denk je dat er nog nodig is om pijnbeoordeling te kunnen verbeteren?
Kennis en ervaring	• Vind je dat je voldoende kennis hebt over het beoordelen • Ben je bekend met de FLACC en/of COMFORT gedragschaal? 2 • Ben je geschoold om een observatie pijnmeetinstrument te gebruiken? • Op welke manier ben je geschoold? • Heb je al ervaring in het gebruik van de FLACC en/of COMFORT Schaal? • Zo ja, wat zijn je ervaringen precies? • Welke uitdagingen (wat vind je moeilijk) ervaar je om pijn te beoordelen bij kinderen onder de vier?
Omgeving	
Beleid/ Werkprocessen	• Ben je bekend met het beleid rondom pijn binnen de organisatie? • Ken je het protocol 'pijnstilling bij kinderen'? • In hoeverre biedt dit protocol je voldoende handvatten om pijn te beoordelen onder de vier jaar oud? Welke? • Wat mis je in dit protocol? • Biedt de organisatie voldoende faciliteiten om pijnbeoordeling bij kinderen onder de vier jaar adequaat te kunnen beoordelen? Wat mis je hierin?
Middelen/ Meetinstrumenten EVD.	• Welk meetinstrument (FLACC of COMFORT) denk je dat het best aansluit bij pijnbeoordeling bij kinderen op onze afdeling? Waarom? • Wat zijn de voor- en nadelen in de toepassing van deze meetinstrumenten? Gebruik gemak, patientencategorie.
Motivatie	
Intenties/ Betrokkenheid	• Welke argumenten zou je kunnen geven om geen pijnmeetinstrument te gebruiken? • In hoeverre is de noodzaak voor het gebruik van een pijnmeetinstrument helder?

	• Op welke manier zou jijzelf en het team gestimuleerd kunnen worden om een pijnmeetinstrument te gebruiken? • Welke rol zou jij kunnen invullen in het implementeren van een pijnmeetinstrument?
Meningen	• Wat vind je van de kwaliteit van de huidige manier van pijnbeoordeling? • Wat vind je hierin goed? • Welke meerwaarde zou het gebruik van een pijnmeetinstrument hebben om pijn bij kinderen onder de vier te beoordelen? • Op welke manier zouden we pijnbeoordeling bij deze kinderen verder optimaliseren? • In hoeverre heeft het gebruik van een pijnmeetinstrument volgens jou prioriteit op de afdeling?

Afronding en evaluatie
Zijn er nog punten die niet aan bod zijn gekomen, maar wel relevant zijn om nog samen te bespreken?
Hoe hebben jullie het gesprek ervaren?

Dan wil ik het gesprek graag afronden en de opname van het interview stoppen. Om na te gaan of alle informatie die tijdens dit gesprek verzameld is juist is, wil ik jullie vragen of jullie bereid zijn een samenvatting op papier na te lezen (member checking). Dankjewel voor jullie tijd en bereidheid om deel te nemen aan deze focusgroep. Op deze manier hebben we samen een stap gezet in het verbeteren van pijnbeoordeling bij de kinderen op onze afdeling.

Informatie voor deelname aan:

Focusgroep: Pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud

Geachte heer/mevrouw,

Ik vraag u om mee te doen aan een onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze brief omdat u voldoet werkzaam bent als kinderverpleegkundig op de kinderafdeling en daarmee voldoet aan de criteria voor dit onderzoek.

Het onderzoek zal plaatsvinden op 24 januari op etage 14 van het ziekenhuis. Aan dit onderzoek zullen naar verwachting vier personen meedoen.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft.

1. Doel van het onderzoek

De focusgroep maakt deel uit van het praktijkgericht onderzoek dat uitgevoerd wordt als afstudeeropdracht voor de opleiding HBO-V deeltijd. Hiervoor wordt de pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar door kinderverpleegkundigen in het ziekenhuis onderzocht. 'Vroege herkenning en behandeling van pijn' is een thema van de praktijkgids 'Veilige zorg voor zieke kinderen' en is onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem binnen ziekenhuizen. Het beoordelen van pijn vormt de basis voor het diagnosticeren, behandelen en evalueren van pijn bij kinderen met acute, terugkerende en chronische pijn. De richtlijn 'pijnmeting en behandeling bij kinderen' beschrijft dat hiervoor pijnmeetinstrumenten gebruikt dienen te worden, die geschikt zijn voor de leeftijd, situatie en aard van de pijn. Hiervoor zijn diverse meetinstrumenten voor ontwikkeld. Ondanks beschikbare meetinstrumenten toont onderzoek aan dat pijn bij kinderen nog steeds niet optimaal gemeten wordt. Wanneer pijn niet adequaat en voldoende geëvalueerd wordt en niet adequaat gereageerd wordt op pijnbeoordelingen leidt dit tot suboptimale behandeling van pijn wat kan leiden tot ernstige medische complicaties en het herstel vertragen. Daarnaast kan onbehandelde pijn bij zuigelingen en jonge kinderen leiden tot een verhoogde pijnbeleving en chronische pijn bij adolescentie en op volwassenen leeftijd en wordt in verband gebracht met verminderde effectiviteit van pijnmedicatie in de toekomst.

Op de kinderafdeling wordt op dit moment geen pijnmeetinstrument ingezet bij pijnbeoordeling bij deze patiëntengroep. Dit onderzoek heeft als doel om te onderzoeken wat (kinder)verpleegkundigen nodig hebben om hiervoor een pijnmeetinstrument in te zetten.

2. Wat meedoen inhoudt

Om antwoord te geven op de vraag wat (kinder)verpleegkundigen nodig hebben om pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar te verbeteren zal een focusgroep gedaan worden. Tijdens deze focusgroep worden meningen, belemmeringen, verbeterpunten en mogelijke ideeën ter verbetering met elkaar besproken waarmee de huidige en wenselijke situatie in kaart gebracht wordt. Het gesprek zal ongeveer een uur tijd in beslag nemen en zal opgenomen worden en vervolgens getranscribeerd.

3. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek.

4. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als:

- u uw bijdrage aan het onderzoek zoals hiervoor beschreven geleverd heeft
- u zelf kiest om te stoppen
- het einde van het hele onderzoek zoals hiervoor beschreven is bereikt
- de onderzoeker het beter voor u vindt om te stoppen

Na het verwerken van alle gegevens informeert de onderzoeker u over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. Dit gebeurt ongeveer uiterlijk in Maart 2023.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het kan gaan om gegevens zoals uw naam, leeftijd en werkplek. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek

worden gesteld, te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever worden gestuurd bevatten alleen de code, maar niet uw naam of ander gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen op de onderzoeklocatie toegang krijgen tot al uw gegevens. Ook tot de gegevens zonder code. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd. Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens zijn de thesiskringbegeleider en/of toezichthoudende autoriteiten, bijvoorbeeld, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Zij houden uw gegevens geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar digitaal worden bewaard op een beveiligde onderzoeklocatie binnen Zuyd Hogeschool.

Bewaren en gebruiken van gegevens

Uw gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek ook nog van belang zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek op het gebied van uw aandoening en/of van de verdere ontwikkeling van het product/de behandelmethode en/of van het verpleegkundig werkproces. Daarvoor zullen uw gegevens 10 jaar worden bewaard. U kunt op het toestemmingsformulier aangeven of u hier wel of niet mee instemt. Indien u hier niet mee instemt, kunt u gewoon deelnemen aan het huidige onderzoek.

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

6. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker.

Indien u klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoeker.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. **Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.**

Dank voor uw aandacht.

Bijlagen bij deze informatie

A. Contactgegevens

B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens

Onderzoeksverpleegkundige

Naam: N. van Hees

Functie: Kinderverpleegkundige

Contactgegevens: Etage 13 -14 Zuyderland Medisch Centrum Heerlen

Bereikbaarheid: 088-4597131

Klachten

Indien u klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit bespreken met de onderzoeker.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen.

Bijlage B: toestemmingsformulier Deelnemer

Dit toestemmingsformulier (model A) is voor volwassenen en minderjarige proefpersonen van 12 t/m 15 jaar, die zelfstandig beslissingen kunnen nemen (wilsbekwaam zijn).

Pijnbeoordeling bij kinderen jonger dan vier jaar oud.

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor die inzage door deze personen.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : 24 / 01 / 2023

-

Ik verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:N. van Hees.....

Handtekening:

Datum: 24/ 01 / 2023

De deelnemer krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Werkblad COM-B-categorieën en interventiefuncties

Wat

Deze tabel helpt je om een koppeling te maken tussen de inzichten uit de gedragsanalyse en mogelijke oplossingsrichtingen (interventie-functies).

Hoe

Bij ieder van de zes COM-B-categorieën staat welke van de negen **interventiefuncties** een grote kans hebben om de verandering van het doelgedrag daadwerkelijk tot stand te brengen.

Zet een kruisje bij de COM-B-categorie die je gevonden hebt in de gedragsanalyse. Je kunt vervolgens bepalen met welke interventiefunctie(s) je aan de slag wilt. Dit werkblad hoort bij **stap 4.1. Kopelen interventiefunctie(s) aan gedragsanalyse**.

COM-B-categorieën en interventiefuncties	
Fysieke omgeving	Zet een kruisje 1. Voorlichting 2. Overtuiging 3. Beloning 4. Dwang 5. Training 6. Beperking 7. Aangepaste omgeving 8. Modelleren 9. Faciliteren
Sociale omgeving	
Psychologische capaciteit	
Fysieke capaciteit	
Motivatie (bewust)	
Motivatie (onbewust)	

Werkblad Interventiefuncties

Wat

Dit werkblad kun je gebruiken tijdens een brainstorm om tot zoveel mogelijk interventies te komen. Dit werkblad hoort bij stap 4.2. **Interventie(s) bepalen.**

Hoe

Je kunt dit werkblad bijvoorbeeld printen op groot formaat en er post-it memoblaadjes op plakken of je neemt het over op een online **Miro** of **Mural** bord.

Suggestie Interventiefunctie:

Voorlichting

- Informatie over de gevolgen van de (sociale) omgeving
- Informatie over de gevolgen voor het werk
- Feedback op het gedrag
- Feedback op de uitkomsten van het gedrag
- Prompts/cues (introduceren stimulus om zo het gedrag op te roepen)

Suggestie Interventiefunctie:

Overtuiging

- Geloofwaardige bron
- Informatie over de gevolgen voor de (sociale) omgeving
- Informatie over de gevolgen voor het werk
- Feedback op het gedrag
- Feedback op de uitkomst(en) van het gedrag

Suggestie Interventiefunctie:

Beloning

- Feedback op het gedrag
- Feedback op de uitkomst(en) van het gedrag
- Het gedrag monitoren door anderen zonder feedback
- De uitkomst(en) van het gedrag monitoren door anderen zonder feedback
- Het eigen gedrag monitoren

Suggestie Interventiefunctie:

Dwang

- Feedback op het gedrag
- Feedback op de uitkomst(en) van het gedrag
- Het gedrag monitoren door anderen zonder feedback
- De uitkomst(en) van het gedrag monitoren door anderen zonder feedback
- Het eigen gedrag monitoren

Suggestie Interventiefunctie:

Training

- Het gedrag demonstreren
- Instructies over de uitvoering van het gedrag
- Feedback op het gedrag
- Feedback op de uitkomsten van het gedrag
- Het eigen gedrag monitoren
- Het gedrag oefenen/methalen

Suggestie Interventiefunctie:

Aanpassing van de omgeving

- Voorwerpen aan de omgeving toevoegen
- Aanbieden van prompts/cues (introduceren stimulus om zo het gedrag op te roepen)
- De fysieke omgeving aanpassen

Suggestie Interventiefunctie:

Modelleren

- Het gedrag demonstreren

Suggestie Interventiefunctie:

Faciliteren

- Sociale steun
- Doelen stellen (op gedrag of uitkomst)
- Voorwerpen aan de omgeving toevoegen
- Problemen oplossen → EVD
- Actie plannen
- Het eigen gedrag monitoren
- De fysieke omgeving aanpassen → EVD.
- Gedragsdoelen opnieuw bekijken

