
DIALOVO

Van	Van Riet Catty, lector, Katholieke Hogeschool Leuven, dep. G&T & praktijklector SLO, KULeuven
Referentie	Briggs, C.L., (2010). What were they thinking? Nursing students' thought processes underlying pain management decisions. <i>Nursing Education Perspectives</i> , vol. 31, no 2, 84-88.
Datum	3/12/2010

Inleiding

Verpleegkundigen zijn vaak verantwoordelijk voor de pijnanamnese en de pijnbehandeling (pijnmanagement) van patiënten. Uit onderzoek (Lash e.a., 2002) blijkt dat pijn vaak onvoldoende behandeld wordt en op die wijze de kwaliteit van leven van de patiënt in het gedrang brengt. Belangrijkste oorzaken voor het niet-adequaat pijnmanagement zijn: kennistekort en misvattingen - denk maar aan de mythes bij het gebruik van morfine of de angst voor verslaving. Gezien de tekorten rond pijnmanagement in de verpleegkundige praktijk, stelt de auteur vast dat het belangrijk is om in een verpleegkundige opleiding snel en grondig de leerinhoud pijn te verwerven. Dit houdt volgens de auteur in dat de leerinhoud pijn liefst in het 1^e semester van de opleiding aan bod komt, waarbij naast pathologie en pijnmanagement, ook gebruikelijke misvattingen rond pijnmanagement worden bekeken.

Doelstelling en methode

Het onderzoek van Briggs tracht uit te zoeken in welke mate studenten verpleegkunde accuraat pijn kunnen diagnosticeren én behandelen.

De onderzoeksvragen werden als volgt geformuleerd door Briggs.

- In welke mate scoorden studenten verpleegkunde correct de pijnscore van twee patiënten?
- In welke mate gaven studenten verpleegkunde die de pijnscore correct hadden vastgelegd, ook de juiste dosis morfine?
- Welke achterliggende redenen gebruikten studenten om hun pijnscores en het toedienen van een bepaalde dosis morfine te verantwoorden?

In dit onderzoek werden 270 studenten verpleegkunde in 2 verschillende opleidingen verpleegkunde bevraagd. Door beide opleidingen wordt de leerinhoud pijnmanagement in

het 1^e semester aangeboden, worden hiervoor 3 contacturen gebruikt, worden dezelfde leerdoelen en eenzelfde handboek gebruikt.

Briggs baseerde zich hiervoor op een eerder beschreven onderzoek (Chuck, 2002) en breidde dit onderzoek uit.

Chuck gebruikte twee cases die ontwikkeld werden door McCaffery & Ferrell (1991). Deze twee cases werden betrouwbaar bevonden en gevalideerd. De studenten (N=198) kregen de opdracht om de pijn te scoren en te behandelen. Uit dit onderzoek bleek dat er significante verschillen zijn in het scoren van pijn door studenten verpleegkunde voor de twee cases. Meer dan de helft van de studenten liet zich bij het scoren van de pijn liever leiden door objectieve symptomen dan door de zelf-scoring van de patiënt. Meer informatie over de resultaten van dit onderzoek, wordt niet vermeld in het artikel.

Gebruik van cases

Briggs gebruikte dezelfde cases als Chuck. Deze cases beschrijven 2 patiënten met pijn. Casus A betreft Robert, 25 jaar, gisteren een abdominale operatie ondergaan. Bij het binnenkomen van de kamer ligt hij stilletjes in bed en maakt grimassen bij het draaien. Zijn BD is 120/80, P= 80. Robert scoort zijn pijn met 8/10.

Casus B betreft Andrew die zich in eenzelfde situatie bevindt. Het enige verschil is dat Andrew bij het binnenkomen van de student, naar deze student lacht en vervolgens verderpraat en grappen maakt met zijn bezoeker.

Elke casus wordt gevolgd door 2 vragen.

Vraag 1: Noteer de pijnscore in het verpleegdossier.

Vraag 2: Robert/Andrew krijgt vervolgens 2 mg morfine IV. Elke half uur bevraag je zijn pijn. De zelfscore van Robert/Andrew schommelt tussen 6 en 8. Noch Robert noch Andrew vertonen respiratoire problemen, zijn niet gesedeerd en vertonen geen andere bijwerkingen. Voor beiden is pijnscore 2 een aanvaardbaar pijnniveau. Het doktersvoorschrift voor pijnmanagement is: morfine IV 1 tot 3 mg/u.

Wat zal jouw interventie zijn na 2 uren?

- geen morfine geven
- 1 mg morfine IV
- 2 mg morfine IV
- 3 mg morfine IV

Briggs voegde bij elke casus nog twee vragen toe om zicht te krijgen op de onderliggende ratio die aan de basis ligt van de acties die de student onderneemt.

Na vraag 1, volgt deze vraag: Wat heeft jouw beslissing beïnvloed en wat heeft voor jou geleid tot het neerschrijven van deze pijnscore in het verpleegdossier?

Na vraag 2, volgt deze vraag: Wat heeft jouw beslissing beïnvloed en wat heeft jou geleid in het geven van deze dosis morfine?

De toevoeging van deze vragen gebeurde na consultatie van 6 verpleegkundige docenten.

Resultaten

De eerste twee onderzoeksvragen werden geanalyseerd op basis van kwantitatieve gegevens.

Onderzoeksvraag 1

Casus A: 87,41% van de studenten noteerde de juiste pijnscore.

Casus B: 69,63% van de studenten noteerde de juiste pijnscore.

Onderzoeksvraag 2

Casus A: van de 236 studenten die de pijn juist scoorden, gaven er 50,42% de juiste dosis morfine.

Casus B: van de 188 studenten die de pijn juist scoorden, gaven er 38,83% de juiste dosis morfine.

Onderzoeksvraag 3

Er werden 10 thema's weerhouden uit de kwalitatieve gegevens. Hoe dit gebeurde, wordt niet vermeld in het onderzoek. In het onderzoek wordt bij deze kwalitatieve gegevens niet aangegeven welke thema's hoeveel keer voorkwamen.

- Redenen voor correcte pijnscore:
 - Studenten gaan uit van wat de patiënt zegt
 - Studenten zijn zich bewust van hun ethische verantwoordelijkheid (pijn is subjectief en dus moet er uitgegaan worden van wat de patiënt zegt)
 - Studenten zijn er zich van bewust dat Andrew in casus B gebruik maakt van afleiding om de pijn te beheersen
- Redenen voor een incorrecte pijnscore:
 - De patiënt vertoont stabiele vitale tekens en heeft dus geen nood aan pijnstilling
 - De patiënt wil indruk maken op zijn bezoeker en geeft aan veel pijn te hebben
 - Studenten maken het gemiddelde van wat de patiënt zelf scoort en wat zij zelf zien aan objectieve tekens
- Redenen voor een incorrecte dosering van morfine:
 - Een patiënt moet om een pijnstiller vragen, vooraleer ik (student) er één geef
 - Angst voor verslaving
 - Gedragsuitingen van patiënt (grapjes maken) brengen de student in de war
 - Verkeerde interpretatie van de casus

Uit deze resultaten blijkt volgens Briggs dat heel wat studenten de zelfscore van de patiënt vertrouwden en deze ook zo noteerden in het dossier. Studenten die een andere pijnscore noteerden worden vooral in de war gebracht door de uiterlijke gedragingen van de patiënt. Verdere analyse van de resultaten wordt niet beschreven in het onderzoek. Zo is het dus niet mogelijk om als lezer verder in te zoomen op de vele gegevens.

Aanbevelingen

Briggs geeft op basis van dit onderzoek volgende aanbevelingen voor het verpleegkundig onderwijs.

- Het is misleidend te denken dat een student verpleegkunde die de pijn van een patiënt correct scoort, automatisch de juiste dosis medicatie geeft.
- In een opleiding dienen voorkennis, attitudes en misvattingen van studenten in kaart te worden gebracht, vooraleer men een nieuwe leerinhoud start. En om ervoor te zorgen dat studenten de juiste praktijken blijven hanteren, is het noodzakelijk dat 'pijnmanagement' meer dan eens in de opleiding aan bod komt.
- De opleiding mag zich niet beperken tot accurate pijndiagnose, maar moet ook de behandeling van pijn mee opnemen.
- Er is nood aan alternatieve en/of bijkomende onderwijsstrategieën. Het gebruik van de cases uit het onderzoek in een klassituatie kan hiervoor een eerste strategie zijn.

Reflectie

De eerste aanbeveling van Briggs heeft me aan het nadenken gezet. Waar in onze opleiding krijgen studenten verpleegkunde oefeningen in het kritisch interpreteren van een behandelingsvoorschrift, waar de verpleegkundige een beslissing in moet nemen. En, welke strategieën gebruiken we hiervoor? Tot heden heb ik hier nog niet bij stilgestaan, terwijl ik toch wel de leerinhoud pijn in palliatieve zorg doceer. Daarbij heb ik wel aandacht voor bijvoorbeeld het toedienen van de juiste dosis morfine bij doorbraakpijn. Ik ben er tot nu toe vanuit gegaan dat het normaal is dat studenten hier een juiste beslissing nemen (dagdosis delen door 6 of 12 afhankelijk van de pijnscore gegeven door de patiënt). Ik heb studenten enkel gecorrigeerd als ze een foute beslissing namen, maar heb hen nog nooit de vraag gesteld waarom ze deze beslissing namen.

In november 2010 heb ik de cases gebruikt in mijn lessen. En alles wat in dit onderzoek beschreven wordt, heb ik nu met verbazing zien gebeuren. De patiënt in casus B kreeg niet alleen een lagere pijnscore-dan de 8/10 die hijzelf aangaf-maar ook minder morfine dan hij eigenlijk mocht hebben. Wanneer ik studenten vroeg naar de achterliggende redenen, kreeg ik volgende antwoorden: 'We moeten oppassen voor verslaving; hij zal

toch niet zoveel pijn hebben gezien hij nog grappen kan maken; zijn pijn zou ook kunnen veroorzaakt worden door spirituele pijn;....'

Of ik hiermee nu bijgedragen heb aan het beter kritisch interpreteren van een behandelingsvoorschrift, blijft voor mij nog een vraag. Ik vermoed dat ik studenten heb doen nadenken (gezien ik in een groep van 80 studenten, ongeveer 20 studenten aangeduid heb om hun antwoord te expliciteren). Daarnaast heb ik hen ook naar hun achterliggende motieven gevraagd en op die wijze een aantal misverstanden rechtgezet. Maar ik ben ervan overtuigd dat mijn individuele interventie als lector onvoldoende is en dat dit ook door collega's zou moeten opgenomen worden en dit zowel in de theoretische lessen als tijdens de praktijkbegeleiding. Indien bijvoorbeeld elke stagebegeleider dit één keer per student opneemt, dan zal elke student tijdens zijn verpleegkundige opleiding wel 5 keer gedwongen worden om na te denken over de interpretatie van een behandelingsvoorschrift. Ook stagementoren kunnen studenten actief betrekken wanneer er zich de gelegenheid voordoet om kritische interpretatie van behandelingsvoorschriften in te oefenen. Tenslotte zou dit onderwerp ook een thema kunnen zijn voor een supervisie-bijeenkomst, waarbij verschillende studenten hierover van gedachten kunnen wisselen en alzo komen tot deep-level learning.

Maar ik ben ervan overtuigd dat mijn individuele interventie als lector onvoldoende is en dat dit ook door een aantal collega's zou moeten opgenomen worden. Indien bvb elke stagebegeleider dit één keer per student opneemt, dan zal elke student tijdens zijn verpleegkundige opleiding wel 5 keer gedwongen worden om na te denken over de interpretatie van een behandelingsvoorschrift. Tenslotte zou dit onderwerp ook een thema kunnen zijn voor een supervisie-bijeenkomst, waarbij verschillende studenten hierover van gedachten kunnen wisselen en alzo komen tot deep-level learning.

Het in kaart brengen van voorkennis, attitudes en misvattingen vooraleer de topic 'pijn' aan te vatten, doet me teruggaan naar de didactische basis van een leerproces. 'Koppel de leerinhoud aan de voorkennis van studenten om deep-level learning te bekomen' of 'Voorkennis van studenten is onontbeerlijk in de constructivistische leertheorie waar nieuwe informatie moet gekoppeld worden aan bestaande informatie om te kunnen spreken van echt leren'. Een eenvoudig principe, maar hoevelen onder ons doen dit systematisch en hoe doe je dit met groepen van 80 studenten? Spontaan denk ik aan het gebruik van stellingen, een kwis, een casus, een beeldfragment,.... bij de start van een les gericht op voorkennis, attitudes en misvattingen.

De laatste twee aanbevelingen geven aan dat het louter doceren van behandelingen, waar de verpleegkundigen een beslissingsruimte hebben, onvoldoende is om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen dit ook zo in de praktijk gaan doen. Dit blijkt dus inderdaad uit mijn ervaring in november 2010. Ik denk dat hierin een uitdaging ligt voor elke lector, nl. op zoek gaan naar werkvormen die het kritisch hanteren van een behandelingsvoorschrift kunnen aanleren. Het gebruik van cases (aangepast aan de leerinhoud die in dat bepaalde vak aan bod komt), waarin de uitvoering van de behandeling mee als beslissing wordt opgenomen, lijkt mij een zinvolle suggestie.

Referenties

Chuck, P. (2002). Determining the accuracy of pain assessment of senior student nurses: A clinical vignette approach. *Nurse Education Today*, 22, 393-400.

Lasch, K., Greenhill, A., Wilkes, G., Carr, D., Lee, M., & Blanchard, R; (2002). Why study pain? A qualitative analysis of medical and nursing faculty and students' knowledge of and attitudes to cancer pain management. *Journal of Palliative Medicine*, 5(1), 57-71.

McCaffery, M., & Ferrell, B.R. (1991). How would you respond to these patients in pain? *Nursing* 91, 21, 34-37.