



Spoedig comfort

Verpleegkundige aanpak van comfortmedicatie
voor patiënten met een slechte prognose.

Bachelor Verpleegkunde

Academiejaar 2023-2024

Margot Raymaekers

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Voorwoord

Het schrijven van deze bachelorproef en het werk errond heeft heel wat tijd in beslag genomen. Dit was niet gelukt zonder de hulp en ondersteuning van bepaalde personen en deze wil ik hiervoor bedanken.

Als eerste wil ik mijn bachelor proef begeleider bedanken. Ik kreeg duidelijke en uitgebreide feedback. Indien ik een vraag had kon ik steeds bij hem terecht.

Dankzij mijn begeleider heeft mijn bachelor proef structuur gekregen en is deze geëindigd in een mooi geheel.

Verder wil ik ook de spoedverpleegkundigen van ZNA Middelheim bedanken om de vraag uit het werkveld te stellen. Ook voor de gerichte feedback, hierdoor kon ik specifieke aanpassingen doen en de bachelor proef praktijk gericht maken.

Als laatste zou ik ook graag mijn mama, vriend, nonkel en beste vriendin willen bedanken. Zij hebben de bachelorproef meerdere keren nagelezen en tips gegeven, waardoor dit een mooi geheel is geworden. Ook zijn zij een emotionele steun en motivatie geweest, niet alleen binnen het schrijven van deze bachelor proef maar ook tijdens deze 4 jaar opleiding verpleegkunde.

Abstract

Achtergrond probleemstelling

In de gezondheidszorg is communicatie een essentieel onderdeel van kwalitatieve zorgverlening. Op een spoedgevallendienst is dit echter ook erg belangrijk. Een palliatieve zorgbenadering op een spoedgevallen kan een uitdaging zijn. Er zijn verschillende factoren die hiertoe bijdragen. Patiënten met een slechte prognose, die binnenkomen op een spoedgevallendienst, hebben nood aan comfort. Deze situatie kan voor naasten erg beangstigend zijn en kan ook weerstand teweeg brengen. Hier spelen verpleegkundigen een belangrijke rol als communicator en educator. Desondanks is er nog steeds te weinig opleiding in verband met communicatie bij palliatieve zorg.

Doelstelling/ vraagstelling

Wat zijn de verpleegkundige aandachtspunten op een spoedgevallendienst wanneer er een slechte prognose wordt vastgesteld? Meer specifiek nog, hoe kan de weerstand tegenover comfortmedicatie bij naasten en patiënten aangepakt worden?

Methode

De databanken PubMed, Google Scholar, Cochrane Library en ScienceDirect werden geraadpleegd.

De websites palliatievezorgvlaanderen.be, vlaanderen.be, palliaweb.be, UzGent.be, UzAantwerpen.be en Niceguidelines.be werden ook doorzocht voor relevante informatie. De Belgische wetgeving werd ook gebruikt als informatiebron alsook de minimale ziekenhuisgegevens (MZG) en kwaliteit in de zorg Vlaanderen. Er werd gezocht naar artikels niet ouder dan 7 jaar, met een taalrestrictie van Nederlands en Engels en relevant aan het onderwerp.

Resultaten

In de literatuur was te vinden dat er verschillende communicatiestrategieën zijn, zowel verbaal als nonverbaal. COMFORT is het communicatiemodel dat gebruikt wordt om te communiceren in moeilijke situaties. Ook werd er een onderscheid gemaakt tussen farmacologische en niet-farmacologische interventies. Farmacologisch zijnde het volgen van de WHO pijnladder, de misvattingen over opioïden gebruik werd ook geïdentificeerd. Naast farmacologische methoden werden ook niet-farmacologische methoden genoemd, zoals warmtetherapie, muziek en cryotherapie.

Om het gedrag van verpleegkundigen en naasten beter te begrijpen werd er beroep gedaan op het gedragswiel. Aan de hand hiervan kan aan gedragsverandering gedaan worden. Het doel is om een bijscholing op te stellen voor spoedverpleegkundigen met betrekking tot comfortmedicatie en communicatie in moeilijke situaties. Hierdoor gaat de verpleegkundigen meer zelfvertrouwen krijgen in kader van communiceren.

Conclusie

Communicatie is een belangrijk onderdeel van de verpleegkundige opleiding. Verpleegkundigen hebben meer zelfvertrouwen na een bijscholing over comfortmedicatie en communicatie met naasten en patiënt. Hierdoor kan de verpleegkundige meer kwaliteitsvolle zorg leveren. Het is van belang dat de bijscholing wordt aangepast aan de feedback en dat verpleegkundigen inbreng hebben in de inhoud ervan.

Inhoudstafel

VOORWOORD	2
ABSTRACT	3
LIJST VAN ILLUSTRATIES	5
LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN SYMBOLEN	6
INLEIDING	7
1 PROBLEEMSTELLING	8
1.1 BEGRIPSDEFINIËRING	8
1.1.1 PALLIATIEVE ZORG	8
1.1.2 HET NIEUWE ZORGCONCEPT	9
1.1.3 PIJN	9
1.1.4 COMFORTMEDICATIE	10
1.1.5 NAASTEN	11
1.2 SPOEDGEVALLEN	12
1.2.1 COMMUNICATIEBARRIÈRES OP EEN SPOEDGEVALLENDIENST	12
1.3 INCIDENTIE EN PREVALENTIE	13
1.4 WETGEVING	14
1.5 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE	16
2 VRAAGSTELLING	17
3 ZOEKSTRATEGIE	18
4 RESULTATEN	20
COMMUNICATIESTRATEGIEËN	20
4.1 FARMACOLOGISCHE BENADERING	21
4.2 NIET- FARMACOLOGISCHE BENADERING	22
4.3 MISVATTINGEN OVER HET GEBRUIK VAN OPIOÏDEN	22
4.4 HET GEDRAGSWIEL	23
5 PROTOTYPE	24

5.1	WELKE METHODIEKEN BESTAAN REEDS IN DE PRAKTIJK	24
	COMFORT COMMUNICATIEMODEL	24
5.2	UITWERKING PROTOTYPE	25
5.2.1	DOELGROEP EN DOELSTELLING.....	27
6	IMPLEMENTATIE PLAN	27
	PDCA MODEL.....	27
6.1.1	PLAN.....	28
6.1.2	DO.....	29
6.1.3	CHECK.....	30
6.1.4	ACT	30
	DISCUSSIE	31
	CONCLUSIE.....	32
	REFERENTIELIJST	33
	BIJLAGEN	35

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Lijst van illustraties

Figuur 1: Het nieuwe zorgconcept, (*Palliaweb*, n.d.)

Figuur 2: Aantal contacten met spoedgevallen dienst per reden van opname in 2019, FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieuzijn

Figuur 3: WHO- pijnladder (richtlijnendatabase.nl)

Figuur 4: Het gedragswiel (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2020)

Figuur 5: COMFORT communicatiemodel (Wittenberg et al., 2018)

Figuur 6: PDCA -cyclus van Deming

Bijlage 1: Identificatieschaal van de palliatieve patiënt

Bijlage 2: Schaal mbt de ernst van de zorgnoden.

Bijlage 3: CPOT of Critical Care Pain Observation Tool

Bijlage 4: VAS score of Visueel Analoge Schaal

Bijlage 5: NRS of Numeric Pain Rating Scale

Bijlage 6: Likert Schaal

Bijlage 7: Prototype uitwerking

Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen

COMFORT- C- communicatie, O- oriëntatie en opties, M- mindful of bewuste communicatie, F- familie, O- opening, R- relateren, T- team

CPOT- Critical-care pain observation tool

DNR- Do not resuscitate

MESH- Medical Subject Headings

MZG- Minimale ziekenhuis gegevens

NRS- Numerical rating scale

NSAID- Non steroidal anti-inflammatory drugs

PDCA cyclus – Plan, Do, Check, Act

PICT- Palliative care indicator tool

SMART - Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden

TENS- Transcutane elektrische neuro stimulatie

VAS- Visual analogue score

WHO- World health organization

Inleiding

In de gezondheidszorg is communicatie een essentieel aspect van kwaliteitsvolle zorgverlening, met name in spoedeisende situaties waarin tijdige en nauwkeurige informatie cruciaal is voor het welzijn van de patiënt. Binnen deze context is de communicatie tussen verpleegkundigen en naasten van patiënten met een slechte prognose een belangrijke onderdeel, omdat zij vaak een essentiële rol vervullen als ondersteunend netwerk en belangenbehartigers van de patiënt.

Het vermogen van verpleegkundigen om effectief te communiceren met naasten, zowel tijdens als buiten spoedeisende situaties, kan een aanzienlijke invloed hebben op de algehele zorgervaring van de patiënt en hun naasten. Door een open en transparante communicatie kunnen verpleegkundigen bijdragen aan het verminderen van angst en onzekerheid bij naasten, het bevorderen van vertrouwen en het faciliteren van een betere betrokkenheid bij de zorg van de patiënt.

Deze bachelor proef richt zich op het verkennen van manieren waarop de communicatie tussen verpleegkundigen en naasten van patiënten met een slechte prognose binnen een spoedgevallendienst kan worden verbeterd. Specifiek zal worden onderzocht hoe de ontwikkeling en implementatie van een communicatiemethodiek kunnen bijdragen aan het versterken van de verbinding tussen verpleegkundigen en naasten.

Hier zal de noodzaak van verbeterde communicatie in de spoedeisende zorg besproken worden, zullen de uitdagingen waarmee verpleegkundigen worden geconfronteerd bij het communiceren met naasten geïdentificeerd worden, en zullen verschillende strategieën onderzocht worden om deze uitdagingen aan te pakken.

Daarnaast komen ook de potentiële voordelen en beperkingen van het gebruik van communicatiemethodieken in de spoedeisende zorgcontext aan bod, evenals de implementatie voor praktijk.

Door de communicatie tussen verpleegkundigen en naasten te bevorderen, streven we naar hoogwaardige zorg voor patiënten met een slechte prognose, en naar een meer holistische en ondersteunende benadering van spoedeisende zorgverlening.

1 Probleemstelling

1.1 Begripsdefiniëring

1.1.1 Palliatieve zorg

Het WHO definieert **palliatieve zorg** als het verlichten van lijden, of dit nu lichamelijk, psychisch, sociaal of spiritueel is. Ook het voorkomen van het lijden van zowel volwassenen als pediatrische patiënten en hun familie bij problemen die samenhangen met het levenseinde. Palliatieve zorg wordt aangeboden wanneer er geen genezing meer mogelijk is. Het heeft niet de bedoeling om de dood te bespoedigen of uit te stellen. (World Health Organization: WHO, 2019)

De Belgische wetgeving definieert **palliatieve zorg** als volgt: "*Het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert.*" (Belgisch Staatsblad, 2002, n.d.)

Het is belangrijk om de patiënten en naasten op alle vlakken te ondersteunen, dit zijnde zowel op fysiek, psychisch, sociaal en moreel vlak. Ze ervaren op fysiek vlak vaak ongemakken zoals pijn of de bijwerkingen van medicatie. Deze kunnen opgevangen worden met medicatie. De psychische gevolgen zijn ook niet te onderschatten. Hiervoor kunnen patiënten beroep doen op een psycholoog. Ook kan de verpleegkundige de patiënt ondersteunen door in gesprek te gaan. Emotionele stress, angst, verdriet en woede zijn voorbeelden van gevoelens die palliatieve patiënten kunnen ervaren. Op sociaal vlak kan er een verandering komen in de sociale interactie die ze hebben met naasten. Ook kunnen de sociale activiteiten verminderen. Moreel gezien kunnen patiënten op spirituele zoektocht zijn, de betekenis van leven, of lijden.

Bij terminale patiënten kunnen er heel wat symptomen aanwezig zijn. Dit gaande van delier, agitatie, rusteloosheid, dyspneu, misselijkheid tot ernstige pijn. Deze worden ook wel de **refractaire symptomen** genoemd. Een symptoom is refractair indien geen van de gebruikelijke behandelingen effectief genoeg werkt en/of als er ongewenste bijwerkingen zijn. (Palliaweb, n.d.) Bij deze refractaire symptomen kan er gebruik gemaakt worden van palliatieve sedatie. Hierbij wordt het bewustzijn van de patiënt zodanig verlaagd dat het lijden wordt verminderd.

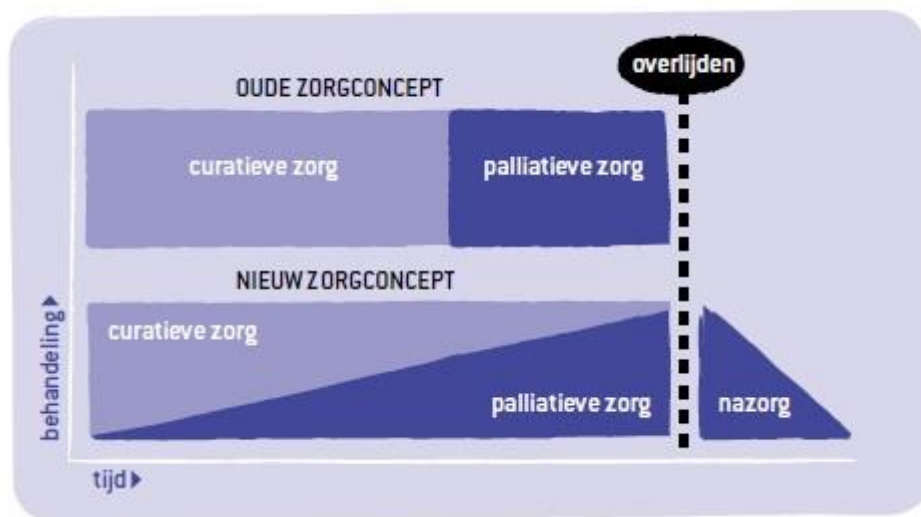
Palliative care indicator tool (PICT) is een eenvoudig instrument waarmee zorgverleners de palliatieve patiënt tijdig kunnen identificeren, ongeacht zijn of haar aandoening. Het instrument deelt patiënten in volgens zorgnood en niet enkel volgens levensverwachting. PICT wordt gebruikt in de ziekenhuizen, woonzorgcentra en thuissituaties. Het is vaak ook moeilijk om de prognose in te schatten, deze wordt vaak onderschat en nog vaker overschat, niet alleen door de patiënt en zijn naasten maar ook door de hulpverleners. Dit meetinstrument is goed om zo de gepaste behandeling voor de patiënt te voorzien. De tool wordt ook gebruikt om middelen (zoals financiële voorzieningen en zorg) toe te kennen aan patiënten in complexe situaties. Op basis van de ernst van de zorgnood, worden er palliatieve statuten uitgedeeld. (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2023) (Bijlage 1 en 2)

1.1.2 Het nieuwe zorgconcept

De palliatieve zorg heeft een evolutie gekend in behandeling. Vroeger waren curatieve zorg en palliatieve zorg gescheiden en werden ze afzonderlijk uitgevoerd. Er werd voornamelijk aandacht besteed aan het curatieve aspect.

Met het nieuwe zorgmodel zullen deze 2 meer in elkaar over gaan. Bij een behandeling waarbij er vooral herstelgericht wordt gewerkt, gaat nu ook een plaats komen voor het levenseinde. Hierbij wordt er gekeken naar de waarden van de patiënt en welke hij of zij belangrijk vindt. De behandeling zelf verlegt de focus van genezen naar het verminderen van lichamelijke klachten.

Daarnaast krijgt het nieuwe model een nazorgfase. Deze komt na het overlijden van de patiënt en is vooral gericht op de naasten. Er kunnen in deze nazorgfase gesprekken met de naasten gevoerd worden. Dit betekent dat naasten altijd hun verhaal kunnen delen als ze dat nodig vinden. Daarnaast kunnen ze ook over de patiënt vertellen: wie hij was en wat hij voor hen betekende. Als laatste is het ook belangrijk dat ze kunnen praten over het verloop van de omstandigheden en de keuzes die gemaakt zijn. Naasten moeten ook kunnen praten over hoe het nu verder moet en welke keuzes er gemaakt moeten worden verder. (Palliaweb, n.d.)



Figuur 1: Het nieuwe zorgconcept, (Palliaweb, n.d.)

1.1.3 Pijn

Pijn kan in verschillende vormen voorkomen en heeft een grote invloed op het leven van de patiënt, het kan worden opgedeeld in acute en chronische pijn.

"Acute pijn is een onaangename sensorische en emotionele gewaarwording voortkomend uit een feitelijke of potentiële weefselschade of plotseling beginnende of toenemende pijn met intensiteit van mild tot ernstig en een verwachte of voorspelbare duur van minder dan zes maanden". (Carpenito, 2018) Bij acute pijn komen symptomen zoals tachypnoe, tachycardie, hypertensie of hypotensie vaak voor. Deze verminderen geleidelijk bij toedienen van analgetica. (Ausmus, 2023)

Op een spoedgevallendienst komen ook patiënten met **chronische pijn**. Dit kan zowel sensorisch als emotioneel onaangenaam zijn. Deze pijn kan in intensiteit toenemen en kan een verwachte of onverwachte duur hebben van meer dan 3 maanden. (Carpenito, 2018) Patiënten die gekend zijn met chronische pijn kunnen op spoedgevallen komen met een opstoot van deze pijn.

Patiënten die op spoedgevallen worden binnengebracht hebben vaak ook traumatische pijnen. **Traumatische pijn** - acuut, plotseling, of chronisch - wordt gedefinieerd als "*een onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring in verband met werkelijke of potentiële weefselschade*". Indien we die pijn kunnen aanpakken, verbetert niet alleen het comfort van de patiënt maar vermindert dit ook hun stressrespons. (Zanza et al., 2023)

Pijn kan verschillende oorzaken kennen. Deze kunnen we categoriseren in: de ziekte zelf (bijvoorbeeld pijn van een tumor), de medische onderzoeken (tijdelijke ongemakken zoals bijvoorbeeld pijn van een inspuiting, hematoom op plaats van bloedname of een allergische reactie op bijvoorbeeld contrast), de behandeling (bijvoorbeeld na chirurgie, pijn ter hoogte van operatieplaats) of de bijwerking van medicatie (bijvoorbeeld slaperigheid). (*Palliaweb*, n.d.)

Pijn kan ook geobserveerd worden door familie en naasten. In het onderzoek van (Richard-Lalonde et al., 2018) worden familieleden bevraagd over wanneer zij denken dat hun geliefde pijn ervaarde. Hieruit bleek dat dit werd ervaren bij intubatie, evenals bij insputingen en invasieve procedures. Alle familieleden gaven aan dat analgetica en sedativa hielpen bij pijn. Zij merkte dit op door het observeren van de gezichtsuitdrukking, bepaalde bewegingen of geluiden die werden gemaakt en spiercontracties. Enkele familieleden gaven hypertensie en hypothermie ook aan als pijnobservatie.

De beslissing door naasten in verband met de DNR code, wordt dan ook vaak gemaakt op basis van wat naasten observeren. Ze zien dat hun geliefde pijn heeft en nemen daarom de beslissing om de pijn te verminderen. (Ding et al., 2021)

1.1.3.1 Pijn meten

Pijn meten en opnieuw evalueren is erg belangrijk. Pijn kan gemeten worden met de NRS (bijlage 5) en VAS (bijlage 4) score. Bij de NRS score moet de patiënt zijn pijn beoordelen met een nummer van 0 tot 10. Bij de VAS score moet de patiënt een score visueel aangeven.

Bij patiënten die gesedeerd zijn is er de CPOT (bijlage 3), deze beoordeeld of de patiënt pijn heeft op basis van het observeren van de patiënt. Het nadeel van de CPOT is dat kleine veranderingen vaak gemist kunnen worden, indien er niet systematisch opnieuw geëvalueerd wordt.

De betrouwbaarheid van deze pijnschalen is in vraag te stellen aangezien ze subjectief in te vullen zijn door bewuste patiënten. (Ausmus, 2023)

1.1.4 Comfortmedicatie

Wanneer de patiënt met slechte prognose op spoedgevallendienst aankomt, wordt er vaak comfortmedicatie toegediend. Dit zijnde extra analgetica/sedativa, zodoende dat de pijn of het bewustzijn verlaagd wordt. Indien patiënten angstig of onrustig zijn kan er ook nog extra kalmerende medicatie gegeven worden. Comfortmedicatie verlengt of verkort het leven niet. Dit heeft enkel als doel om de patiënt zo comfortabel mogelijk te houden en ervoor te zorgen dat de levenskwaliteit niet vermindert. (*UZ Gent, Denk Zorg*)

1.1.5 Naasten

Aandacht voor de omgeving is cruciaal. Naasten spelen een belangrijke rol in het leven van de patiënt. Het begrip 'naasten' kan verwijzen naar verschillende personen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan familie, vrienden, bij wie de patiënt zich het meest veilig en verbonden voelt. De familie of naasten voelen zich vaak machteloos en angstig. Dikwijls worden op een spoedgevallendienst het aantal naasten dat de patiënt begeleid strikt beperkt, tenzij de patiënt een slechte prognose heeft. Dit kan wel afhankelijk zijn van welke spoedgevallendienst. Dit kan soms extra stressvol zijn voor de naasten, omdat zij moeten wachten in de wachtzaal.

De omgeving van een spoedgevallendienst kan uitdagingen met zich meebrengen als het gaat over samenwerken met naasten. Het kan druk zijn, en de toegenomen complexiteit van acute gevallen bemoeilijkt de communicatie met naasten. Ook de kortstondige contacten tussen verpleegkundigen en naasten in combinatie met de acute setting kan een uitdaging vormen. Naasten kunnen zich "doorzichtig" voelen op een spoedgevallendienst. Daarbovenop komt het gevoel van machteloosheid vaak voor bij familieleden op spoed. (Emmamally et al., 2020)

Veel patiënten tonen ook steeds meer interesse in "Advance Care Planning". Dit stelt familieleden, vertegenwoordigers of medisch specialisten in staat om de wensen van de patiënt te kennen en dienovereenkomstig een behandelplan op te stellen. (Momiya et al., 2023)

Vroegtijdige zorgplanning of "Advanced Care Planning" houdt in dat er een continu en dynamisch proces gaande is van dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en de zorgverlener. Hierbij worden toekomstige zorgdoelen besproken en gepland. Deze doelen kunnen dan worden ingezet wanneer de patiënt niet meer in staat is zijn wil uit te drukken. (Decreet Betreffende De Woonzorg, n.d.)

Familie speelt een belangrijke rol bij het ondersteunen van de patiënt, zij kunnen informatie geven over de patiënt die erg belangrijk is. (Almaze & De Beer, 2017) Familieleden geven vaak aan dat de opname van hun geliefden vaak een onverwachte gebeurtenis is in hun dagelijkse leven, het gooit de planning in de war. Dit heeft invloed op de emoties van familieleden, zij kunnen angst, machteloosheid of boosheid ervaren. Als verpleegkundige kan hierop worden ingespeeld. Zorgen voor afleiding, in gesprek gaan,... Hoe verpleegkundigen omgaan met de familieleden heeft een zeer grote invloed op hoe zij deze opname op de spoedeisende hulp ervaren. (Emmamally et al., 2020)

Patiënten kunnen ook alleen op spoedgevallen aankomen met geen naasten/familie. Hierbij zullen dan volgens de wetgeving alle handelingen worden uitgevoerd, waarbij het welzijn van de patiënt primeert, indien de patiënt zijn rechten zelf niet kan uitvoeren. Het is zeker van belang om patiënt gericht te werken en communiceren indien de patiënt alleen op spoedgevallen aanwezig is.

Uit onderzoek is ook gebleken dat naasten die de patiënten ondersteunen, ook een negatieve invloed kunnen ervaren op hun psyche. Zij kunnen hierna psychologische nood ervaren. Naasten kunnen angst en depressieve gevoelens ervaren indien de patiënt zou overlijden. Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het zien wat belangrijk is voor beide partijen. Ook indien dit in strijd is met de eigen overtuigingen van de verpleegkundigen. Dit kan ethische dilemma's veroorzaken. (Pun et al., 2023)

1.2 Spoedgevallen

Een spoedgevallendienst vangt mensen op met een dringend medisch probleem. Het speelt een belangrijke rol in het verlenen van snelle en levensbelangrijke zorg. Dit varieert van levensbedreigende situaties, zoals een reanimatie tot kleine aandoeningen, zoals bijvoorbeeld een gebroken vinger.

Bij aankomst op een spoedgevallendienst komt de verpleegkundige een eerste inschatting maken, dit door parametercontrole te doen. Hierna wordt er ingeschat wat de urgentie is van de situatie na een anamnese. Dit wordt **triage** genoemd. In de meeste spoedgevallen mag er meestal één tot maximaal twee begeleiders mee. Vaak wordt er gevraagd om te wachten als begeleider in de wachtzaal of behandelkamer, om zo de privacy van andere patiënten niet in gedrang te brengen. (ZNA, *Ziekenhuis Netwerk Antwerpen*)

Communicatie is een cruciaal onderdeel van de tijd die wordt besteed op een spoedeisende hulpafdeling. Dit omvat de communicatie tussen patiënten en medisch personeel zoals verpleegkundigen of artsen, maar ook tussen naasten en verpleegkundigen of artsen. Vaak zijn er echter barrières die dit bemoeilijken.

1.2.1 Communicatiebarrières op een spoedgevallendienst

In het onderzoek van (Al-Kalaldeh et al., 2020) werd onderzocht welke factoren werden gezien als belemmering voor communicatie door verpleegkundigen tewerkgesteld op de spoedgevallendienst in Palestina. Er werden 6 domeinen benoemd. Het eerste domein was demografische factoren, waaronder leeftijd, geslacht, cultuur en religie. Het tweede domein was kennisgerelateerde factoren, zoals de educatieve achtergrond van de patiënt, onvoldoende kennis van de verpleegkundige over communicatievaardigheden, onvoldoende kennis van de medische aandoening van de patiënt of de behandeling ervan, en het bewustzijn van de patiënt. Het derde domein omvatte omgevingsfactoren, zoals een tekort aan personeel, overuren, gebrek aan tijd, kritische patiënten of agressie op de werkvloer. Als vierde werden sociale factoren onderzocht, zoals de afwezigheid van naasten, de onbekende omgeving voor de patiënt, de relatie van de verpleegkundige met andere zorgverleners, en het aarzelen van verpleegkundigen om de gevoelens en gedachten van de patiënten te horen. Economische factoren werden als vijfde domein onderzocht, zoals verpleegkundigen die onvoldoende inkomen krijgen of meerdere banen tegelijk moeten uitoefenen. Tenslotte werden psychologische factoren onderzocht, waaronder klachten van de patiënt over pijn of andere lichamelijke symptomen, het ziektestadium, het lage zelfvertrouwen van de verpleegkundige, de negatieve houding van de verpleegkundige ten opzichte van de patiënt, gevoelens van wanhoop en apathie van verpleegkundigen ten opzichte van hun werk, eerdere negatieve ervaringen met communicatie, en het gebrek aan psychologische ondersteuning.

Alle genoemde factoren werden door verpleegkundigen gezien als belemmerend. De meest belemmerende factor op gebied van demografie is leeftijdsverschil en geslacht. Hier werden cultuur en religie minder gezien als barrière, dit is suggestief voor de plaats waar het onderzoek werd gedaan. Op vlak van kennisfactoren werd het **ontoereikende niveau van verpleegkundige kennis** als significante communicatiebarrière bestempeld. Het onderzoek toonde aan dat te weinig training rond communicatie een reden is voor frustratie en wantrouwen bij de patiënt. Daarnaast werd de **hoge werkdruk** ook gezien als een van de grootste belemmerende factoren. Minder tijd met patiënten, leidt tot een verminderde bereidheid om effectief te communiceren. De **terughoudendheid van de verpleegkundigen** om naar de gevoelens van de patiënt te luisteren werd ook gezien als een van de grootste barrières. Als laatste op vlak van psychologische factoren, werd gevonden dat het **lage zelfbeeld** van verpleegkundigen een grote invloed had op de communicatie. (Al-Kalaldeh et al., 2020)

Er kan ook sprake zijn van een taalbarrière. Dit houdt in dat de patiënt en verpleegkundigen in beperkte mate een gemeenschappelijke taal spreken. Dit kan zorgen voor onvoldoende communicatie in de zorg. Er kunnen wel verschillende hulpmiddelen worden ingezet om deze taalbarrière te verkleinen. (Org., 2021)

1.3 Incidentie en prevalentie

Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg heeft in 2022 een bevraging gedaan betreffende de palliatieve zorg in de algemene ziekenhuizen. Uit het onderzoek bleek dat 80% van de patiënten een pijnbevraging kreeg met behulp van een pijnschaal. Verder bleek dat slechts gemiddeld 14,9% een angstbevraging kreeg, wat zeer weinig is gezien de situatie. De bevraging toonde ook aan dat 94% van de patiënten al een gesprek had gehad met hun huisarts over hun wensen met betrekking tot zorgdoelen rond het levenseinde. Bovendien bleek uit het onderzoek dat slechts gemiddeld 48,1% van de patiënten comfortabel was in hun laatste week voor overlijden. Dit gemiddelde houdt rekening met symptomen zoals pijn, angst en kortademigheid.

Bij de nabestaanden kwam vooral naar voren dat zij zich na het overlijden niet voldoende gesteund voelden of niet voldoende genoeg geïnformeerd werden over de mogelijke nazorg. Ook de ervaren kwaliteit rond het overlijdensproces was gemiddeld minder dan 60%. Dit werd gemeten op een schaal van 0-10 voor kwaliteit van overlijden. Er was ook een sterk tekort aan hulpverleners die zich informeerden bij de naasten, om te vragen wat het voor hen betekent om te zorgen voor een zieke of hulpbehoevende naaste. (*De Kwaliteit Van De Zorg in Vlaanderen in Beeld*, n.d.)

Uit een onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat 48% van de familie, naasten of de persoon die via het mandaat is aangeduid om de rechten van de patiënt uit te oefenen (vertegenwoordigers), binnen de 48 uur een belangrijke levensbeslissing moeten nemen. Vaak zijn er ook communicatieve problemen tussen de verpleegkundigen, artsen en de vertegenwoordigers. Deze communicatieve problemen zijn een gevolg van een te kort aan tijd om een gesprek aan te gaan. Hierdoor worden er kansen gemist om de patiënt emotioneel te ondersteunen. (Momiya et al., 2023)

Volgens het artikel van (Ausmus, 2023) is pijn een van de meest voorkomende problemen op spoed, namelijk 75% van de patiënten presenteert zich met pijn. Een van de meest toegediende pijnmedicatie gebruikt op spoed is morfine.

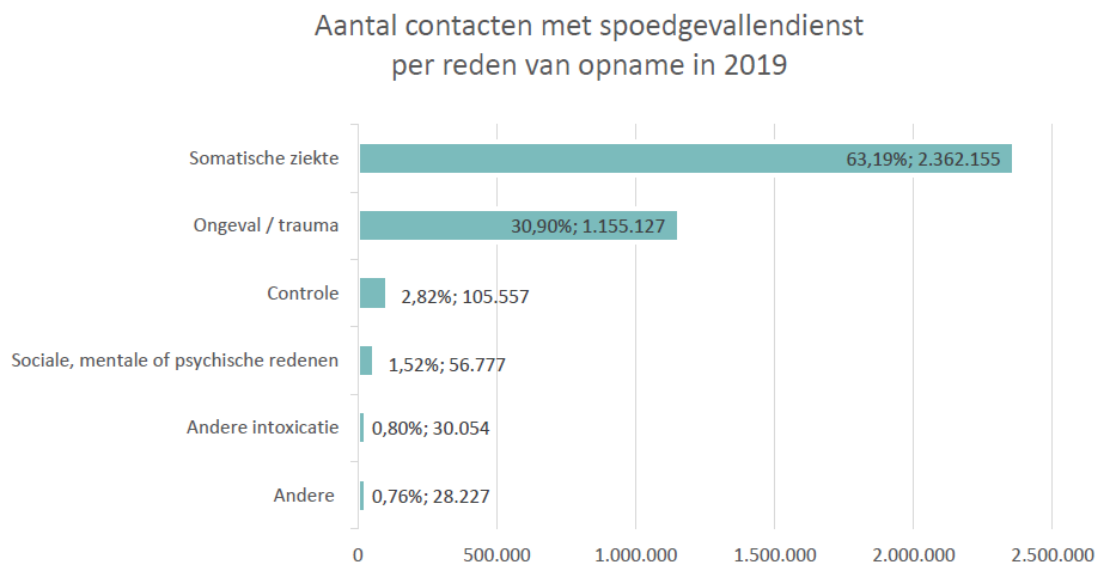
Ook werd er gevonden dat 70% van de patiënten op spoed geen pijnstilling krijgt of met opmerkelijke vertraging. Traumapatiënten zijn diegene die het vaakste aangeven niet tevreden te zijn met de pijnbehandeling. (Zanza et al., 2023)

Sterfte op de spoedgevallen bedraagt volgens (Ester et al., 2022) zo een 0.2% ten opzichte van de totale mortaliteit die 10-15% bedraagt in ziekenhuizen. Dit omvat twee patiëntprofielen. Ten eerste, de acute patiënten met ernstige aandoeningen die onverwacht zullen sterven. Aan de andere kant zijn er de eerder chronische patiënten die op de spoedeisende hulp aankomen voor de behandeling van refractaire symptomen of palliatieve sedatie. Deze gegevens zijn afkomstig uit Spanje.

Volgens FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu komen bijna de helft van alle contacten in het ziekenhuis via de spoedgevallendienst. Er is een toename van het aantal contacten met spoed in de periode van 2010-2019. Deze is 23% gestegen. De 3 grootste redenen voor een contact met de spoedgevallendienst in 2019 zijn somatische ziekte (61,19%), een ongeval of trauma (30,90%) en een controle (2,82%). Deze laatste leidt in 25% van de gevallen tot een opname. Indien de patiënten zich aanbieden voor trauma/ongeval

leidt dit bij slechts 13% van de gevallen tot een opname. Dit is zo ook voor 40% van de mensen die komen met een somatische ziekte. Wanneer patiënten met een ambulance of onder begeleiding van een MUG naar de spoedgevallendienst gebracht worden leidt dit meestal tot een hospitalisatie.

Deze gegevens verkregen ze via MZG (minimale ziekenhuis gegevens.) (*Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG), 2023*).



Figuur 2: Aantal contacten met spoedgevallendienst per reden van opname in 2019, FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieuzijn

1.4 Wetgeving

Indien de patiënt zijn rechten niet meer zelf kan uitvoeren zijn er een aantal opties. De patiënt kan een vertegenwoordiger aanstellen, een wilsverklaring laten opstellen, of een DNR-code laten vaststellen. Deze maatregelen maken dat de omgeving en zo ook verpleegkundigen en artsen weten wat te doen in onzekere en acute situaties, wanneer de patiënt er nog wel of niet toe in staat is om zijn wil uit te drukken.

De patiënt kan zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. Deze persoon kan niet in de plaats van de patiënt beslissen, maar kan wel ondersteuning bieden in situaties zoals het ontvangen van informatie. De patiënt kan bijvoorbeeld vragen dat de informatie zowel aan de patiënt als aan de vertrouwenspersoon wordt meegedeeld.

Wanneer de patiënt zijn eigen rechten niet kan uitvoeren in een spoedgeval, dan zullen alle maatregelen die noodzakelijk worden geacht voor het welzijn van de patiënt worden genomen. Dit wordt dan steeds vermeld in het patiëntendossier. Vanaf het ogenblik dat de patiënt zijn rechten weer kan uitvoeren of de vertegenwoordiger aanwezig is zijn de rechten die daarrond gelden weer van kracht. (*Wet van de patiënten rechten, Patiëntenplatform (2023)*)

Vertegenwoordiging van de patiënt: bij een meerderjarige patiënt worden de rechten van de patiënt uitgevoerd door een persoon die vooraf aangewezen is door de patiënt zelf, indien de patiënt niet meer in staat is tot het uitvoeren van deze rechten. Dit moet via een bijzonder schriftelijk mandaat, waarin de toestemming staat tot het uitoefenen van de rechten. Indien deze patiënt geen vertegenwoordiger heeft benoemd of treedt deze persoon niet op, dan worden de rechten uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot, de wettelijke samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner. Indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend

door een meerderjarig kind, een ouder of een meerderjarige broer of zus van de patiënt. Indien ook deze personen dit niet wensen te doen of ontbreken, behartigt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, over de belangen van de patiënt.

Dit ook indien er conflict is tussen 2 of meer van de genoemde personen. (*Belgisch Staatsblad, 2002, n.d.*)

Er kan ook op voorhand een wilsverklaring worden opgesteld. Deze betreft euthanasie of een negatieve wilsverklaring.

Het verschil tussen beiden houdt in dat er bij een negatieve wilsverklaring juist wordt gezegd wat de patiënt niet meer wenst inzake behandeling. Bij euthanasie wordt er benadrukt wat de patiënt wel nog wenst, specifiek in verband met overlijdensproces.

De wilsverklaring inzake euthanasie: deze kan worden opgesteld indien de patiënt wenst euthanasie te ontvangen in het geval dat hij op onomkeerbare wijze het bewustzijn verliest. Buiten een wilsverklaring om, is euthanasie enkel mogelijk op uitdrukkelijk verzoek van een patiënt die nog in staat is om zijn wil om te sterven uit te drukken. Of Indien deze patiënt een wilsverklaring heeft waar hij zijn wens tot euthanasie te kennen geeft. (*Belgisch Staatsblad, 2002, n.d.*)

Een negatieve wilsverklaring opstellen gebeurt best in het bijzijn van de arts om zo misverstanden te vermijden inzake wilsbekwaamheid. Dit houdt in dat de vertegenwoordiger van de patiënt kan optreden voor de rechten van de patiënt, indien hij dat zelf niet meer kan. Deze wilsverklaring is onbeperkt geldig, tenzij deze wordt herroepen. Deze is ook wettelijk afdwingbaar en artsen moeten hiermee rekening houden. (*Negatieve Wilsverklaring, Vlaanderen*)

Verder is er ook nog de DNR-code, wat staat voor "do not reanimate/resuscitate". Deze geeft aan welke behandelingen de patiënt nog wel of niet wenst te ontvangen. De DNR-code is ook bedoeld om beslissingen rond beperkingen van behandelingen te bepalen.

DNR0: De patiënt wenst nog gereanimeerd te worden en krijgt nog alle behandelingen.

DNR1: De patiënt wordt niet meer gereanimeerd.

DNR2: De patiënt wordt niet meer gereanimeerd en bepaalde behandelingen worden niet meer opgestart, dit kan bijvoorbeeld een beademing zijn of een opname op de afdeling intensieve zorgen.

DNR3: De patiënt wordt niet meer gereanimeerd en bepaalde behandelingen worden stopgezet.

Bij een DNR2 of DNR3 wordt er vaak, op vraag van patiënt of artsen, overlegd met de familie en/of naasten. Deze kan ook enkel definitief worden vastgelegd na overleg met patiënt/familie.

De arts geeft ook zijn visie op de situatie weer en bespreekt de beste opties. Op deze manier komen de arts, de patiënt en de familie tot een gezamenlijke beslissing. Het komt soms voor dat familie en arts het niet eens raken over de behandeling. Soms zijn er ook taalbarrières, culturele verschillen of onrealistische verwachtingen inzake behandeling.

DNR-codes worden steeds meegedeeld in een safety-briefing op de afdeling en staan steeds vermeld in het dossier, op een goed zichtbare plaats.

(UZ-Antwerpen)

1.5 Verpleegkundige relevantie

Een opname op de spoedgevallendienst is een onverwachte gebeurtenis die verschillende emoties met zich meebrengt. Vaak zijn er verschillende interventies nodig, denk maar aan het toedienen van morfinepreparaten of intubatie. (Ausmus, 2023)

Vaak kan het voor familie als beangstigend ervaren worden als hun geliefde morfinepreparaten krijgt. Zij leggen vaak de link met sedatie en versnelde dood. Patiënten krijgen dit vaak vanwege acute pijn, waardoor het comfort van de patiënt verbeterd kan worden. Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het opvolgen en evalueren van pijn. Ook zijn verpleegkundigen een belangrijke schakel bij het informeren en opvangen van familie en naasten. (Beller et al., 2018)

Patiënten die op een spoedgevallen binnenkomen in een acute of niet-acute situatie gaan farmacologische of niet-farmacologische therapie krijgen om hun lijden te verzachten. Indien de situatie voor de patiënt uitzichtloos is, wordt de palliatieve zorg gestart. Het is als verpleegkundige erg belangrijk om samen met de artsen een inschatting te maken, en dit ook op een gepaste manier over te brengen naar de patiënt en naasten.

Familie of een vertegenwoordiger van de patiënt moeten vaak ook moeilijke beslissingen nemen in verband met de verdere behandeling van de patiënt. Hierdoor is het nog belangrijker dat zij goed op de hoogte zijn van de situatie. (Momiya et al., 2023)

Voor de familie is de waardigheid van de patiënt een erg belangrijke factor. Zij vinden het belangrijk dit te zien terugkomen in het gedrag en de communicatie van onder andere verpleegkundigen. Hiervoor is het belangrijk dat verpleegkundigen familie en nabestaanden goed kunnen opvangen. Soms komt de waardigheid van de patiënten en hun omgeving in gedrang in de setting van een spoedgevallendienst. (Ester et al., 2022)

Spoedeisende situaties kunnen soms hectisch zijn, hierbij kan dan de patiënt zijn waardigheid in gedrang komen door bijvoorbeeld een gebrek aan privacy. Het kan gebeuren dat de patiënt onvoldoende afgeschermd is bij onderzoeken of behandelingen. Een ander voorbeeld hiervan is dat er problemen kunnen zijn in communicatie. Mogelijks wordt er niet gecommuniceerd naar de patiënt wat er aan het gebeuren is, of wordt er niet bevraagd hoe hij zich bij een situatie voelt. Verder is het onvoldoende betrekken van de familieleden, zeker als de patiënt afhankelijk is van familie voor communicatie, ook een probleem dat zich kan voordoen op een spoedgevallendienst.

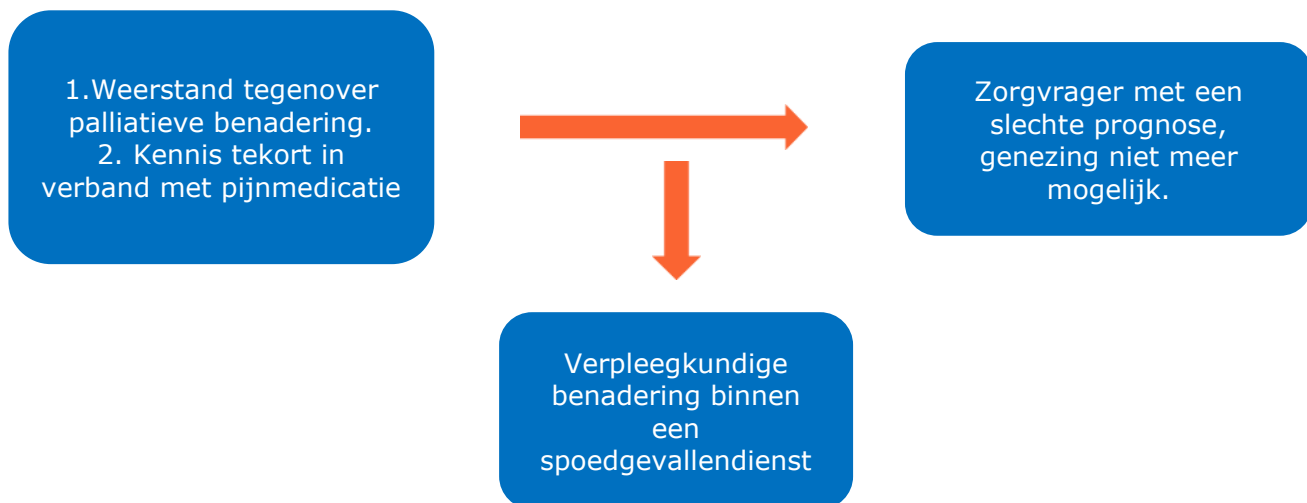
2 Vraagstelling

"Wat zijn verpleegkundige aandachtspunten op een spoedafdeling wanneer er sprake is van een slechte prognose, waar genezing niet meer mogelijk is?"

"Op welke manier kan de weerstand tegenover pijnmedicatie (morfinepreparaten) doorbroken worden bij naasten op een spoedafdeling?"

"Hoe kan het kennis tekort, gebrek aan informatie bij familieleden in verband met comfortmedicatie (morfinepreparaten) worden aangepakt?"

"Is er een kennistekort bij verpleegkundigen, tewerkgesteld op de spoedgevallen in verband met pijnmedicatie en de communicatie hierrond?"



3 Zoekstrategie

De volgende databanken werden gebruikt, PubMed, Cochrane Library, Journal of Emergency Nursing, Belgische Patiëntenwetgeving en ScienceDirect.

Artikelen werden gebruikt indien zij voldeden aan volgende criteria: (1) artikelen die voldoen aan het onderwerp "Weigeren van comfortmedicatie bij patiënten die binnenkomen op spoed met een slechte prognose.", (2) artikelen niet ouder dan 7 jaar, (3) artikelen die voldeden aan de taalvereisten (Nederlands- Engels).

Op Pubmed werden mesh termen gebruikt, namelijk ("Pain Management"[Mesh]) AND "Emergency Service, Hospital"[Mesh], dit gaf 620 resultaten, hierbij werden 2 artikels weerhouden. Verder werd er gezocht met de termen "acute traumatic pain", dit gaf 1505 resultaten, hierbij werd 1 artikel weerhouden. Met de sneeuwbal methode werden er 2 artikels weerhouden.

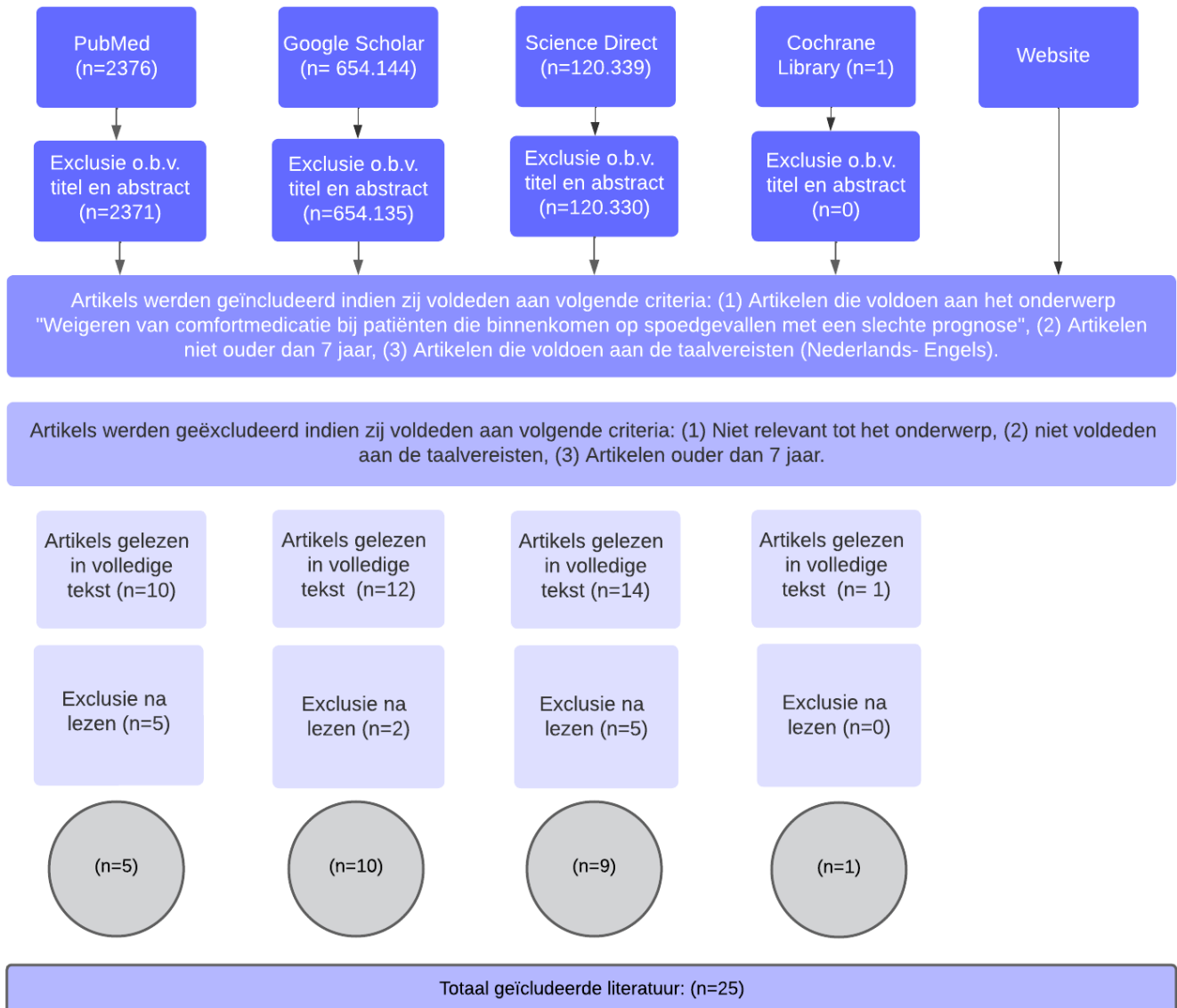
Verder op Google Scholar werden volgende zoektermen gebruikt: "Communication in the emergency department nurses", dit gaf 438.000 resultaten, hierbij werd 1 artikel weerhouden. Verder werd er ook gezocht op volgende termen: "communication in the emergency department nurses to families", dit gaf 171.000 resultaten en hier werd 1 artikel weerhouden. "communicating with families in nursing pain medication", dit gaf 45.000 resultaten en bij deze zoektermen werden 3 artikels weerhouden. Bij de zoektermen "Misvattingen over morfine", werd 1 artikel weerhouden. Verder werden 3 artikels weerhouden volgens de sneeuwbalmethode. Er werd nog gezocht op de trefwoorden: "comfort communication model evaluation", hierbij werd 1 artikel weerhouden.

De derde zoekbank die werd gebruikt is ScienceDirect. Hier werd gezocht op volgende zoektermen, "information AND family AND emergency department", hier werden 3 artikels weerhouden. Verder werden de zoektermen "pain management ER patiënts" gebruikt, hier werden 3 artikels weerhouden. Ook "communication family" werd gebruikt, hierbij werd 1 artikel weerhouden. Volgens sneeuwbalmethode werden 2 artikels gebruikt.

Verder is er ook nog gezocht op Cochrane Library, hierbij werden de termen "Palliative sedation" gebruikt, hierbij werd 1 artikel weerhouden.

Naast deze zoekbanken werden ook websites gebruikt, zoals "palliatievezorgvlaanderen.be", "vlaanderen.be", "palliaweb.be", "Uzgent.be", "ZNA.be", "Uzantwerpen.be", "sociaalvertaalbureau.be" en "NICE guidelines.be", waaruit 3 artikels zijn opgenomen.

Verder werd ook nog de Belgische wetgeving geraadpleegd, alsook de minimale ziekenhuisgegevens en kwaliteit in de zorg Vlaanderen.



4 Resultaten

Communicatiestrategieën

Patiënten vinden communicatie effectief indien deze wordt geleverd in **verschillende vormen**, zoals verbaal, geschreven of visueel, (bijvoorbeeld door middel van foto's, tekeningen) om zo complexe gebeurtenissen beter te begrijpen. Het gebruik van medische taal kan door patiënten als onduidelijk ondervonden worden. Eensgezindheid onder artsen is ook erg belangrijk. Indien patiënten twee verschillende verhalen horen, kan dit leiden tot verwarring. Patiënten geven aan dat de voorkeur van communicatiestrategie gaat naar een duidelijke, eensgezinde taal, met plan van aanpak. Patiënten verkiezen ook dat zorgmedewerkers de tijd nemen om in gesprek te gaan met hen en er een antwoord kan worden gegeven op hun vragen. Indien de patiënt het gevoel heeft dat er niet wordt geluisterd naar zijn noden, kan dit gevoelens van frustratie oproepen. (Braaf et al., 2018)

Om een patiënt aan te moedigen om deel te nemen in zijn eigen zorgproces is het belangrijk rekening te houden met volgende aandachtspunten. De omgeving moet toegankelijk zijn. Hierbij moet de privacy van patiënt gegarandeerd worden. Verder is het ook belangrijk om oogcontact te behouden en naast de patiënt te gaan zitten. Het is nuttig om foto's of uitleg in verschillende talen toe te voegen, en zorg ervoor dat er zeker een familielid aanwezig is. Het gebruik van open vragen wordt aangeraden, zodat er een open discussie kan plaatsvinden. Alle zorgmedewerkers moeten communicatievaardigheden eigen zijn. (NICE guideline, 2012)

Indien er een slechtnieuwsgesprek moet plaatsvinden, wordt volgens onderzoek aangeraden om dit te doen met patiënt en naasten, in een stille ruimte, waarbij geen afleidingen zijn. Deze stille ruimte is op spoedgevallen niet altijd te garanderen, omwille van de verscheidene ziektebeelden. Er kan bijvoorbeeld roepgedrag aanwezig zijn van een dementerende patiënt, of geluiden van een monitor. Monitors kunnen op stil gezet worden, maar omgevingsgeluiden echter niet. Dit kan een uitdaging zijn. Wat er wel kan gedaan worden is alvast de deur sluiten bij het gesprek. Ook kan er, nadat de patiënt gestabiliseerd is, in een aparte ruimte naast de spoedgevallen dienst een gesprek worden gevoerd.

Het is ook aan te raden om de telefoon van de verpleegkundige op stil te zetten. Tijdens dit gesprek verwachten de patiënt en zijn naasten ruimte te hebben voor het verwerken van het nieuws en om eventuele vragen te stellen. Na dit gesprek zou alles duidelijk moeten zijn. Elke patiënt is anders en kan andere voorkeuren hebben over hoe het gesprek moet verlopen. Daarom is het belangrijk om dit te bespreken met de patiënt en zijn naasten. Wat zijn hun verwachtingen? Het is belangrijk om de patiënt te leren kennen voor het gesprek, zodat de verpleegkundige rekening kan houden met het volledige plaatje. Patiënten kunnen verwachten dat de verpleegkundige kan inschatten hoeveel informatie zij willen ontvangen, naast het actief deelnemen en het aangeven van voorkeuren. (Matthews et al., 2019)

De communicatie is goed verlopen wanneer de doelen voor de toekomstige zorg duidelijk zijn voor zowel patiënt als naasten. Hierdoor kan de mogelijkheid tot overlijden ook beter geplaatst worden. Verpleegkundigen hebben naast de arts ook veel verantwoordelijkheden, zoals het opvangen van naasten en het omgaan met mogelijk agressieve patiënten. Hierbij komt veel kijken, met name het bieden van comfort en het aandacht hebben voor de spirituele en emotionele behoeften van zowel de patiënt als de naasten. Indien de patiënt op sterven ligt, is de verpleegkundige vaak het aanspreekpunt voor de naasten. Dit is natuurlijk ook erg intensief voor de verpleegkundige, zeker in een spoedeisende setting. Verschillende factoren, zoals bijvoorbeeld hoge werk- en tijdsdruk, maken dit niet gemakkelijk. Echter, wanneer verpleegkundigen meer betrokken zijn bij het gehele

communicatieproces, zijn patiënt en naasten over het algemeen meer tevreden en bereid om mee te gaan met de beslissingen die genomen moeten worden. (Omoya et al., 2023)

4.1 Farmacologische benadering

Deze benadering kan beschreven worden aan de hand van de WHO- pijnladder. Deze pijnladder kan als richtlijn dienen bij behandeling van pijn.

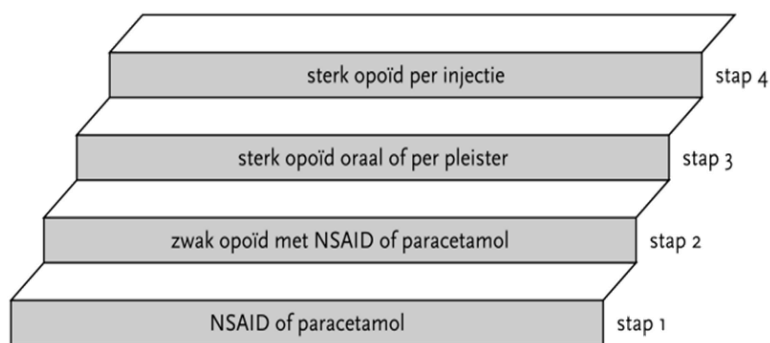
Stap 1: paracetamol, deze wordt gekozen omdat de kans op ernstige bijwerkingen hier veel kleiner is dan bij andere pijnstillers. Ook bij oudere zorgvragers is paracetamol de betere keuze omwille van de verminderde kans op bijwerkingen. Hiernaast wordt een NSAID gegeven, meestal indien paracetamol onvoldoende effect heeft.

Stap 2: Zwakwerkend opioïd, de aanbevolen optie is tramadol.

Stap 3: Sterkwerkend opioïd, deze wordt enkel aanbevolen indien er sprake is van ernstige pijn, met zodanige pijn dat deze invloed heeft op de dagelijkse activiteiten. Hierbij wordt wel dagelijks gebruik van laxantia aanbevolen om obstipatie te voorkomen. Bijwerkingen treden voornamelijk op bij het begin van gebruik. Bij voorkeur morfine intraveneus of oxycodon bij oraal gebruik.

Stap 4: Intraveneuze toediening van sterkwerkende opioïden.

Bij gebruik van sterke opioïden is het mogelijk dat er respiratoire insufficiëntie optreedt. (NHG-Standaard Pijn, n.d.)



Figuur 3: WHO- pijnladder (richtlijndatabase.nl)

Op spoedgevallen wordt er vaak een intraveneuze lijn aangelegd, waardoor pijnbehandeling sneller kan werken, zowel pre hospitaal als in hospitaal. Het pijnmanagement zou kunnen vertraagd worden omwille van het niet plaatsen van een infuus, inadequaats inschatten van pijn, niet herevalueren van de pijn en het al dan niet combineren van farmacologische en niet-farmacologische methoden. Ook de kennis van verpleegkundigen zou het pijnmanagement kunnen beïnvloeden. (Hämäläinen et al., 2022)

Verpleegkundigen met meer ervaring op de spoedgevallendienst waren eerder geneigd om de pijn van de patiënt opnieuw te evalueren. Meer ervaren verpleegkundigen kunnen de pijn beter inschatten, zelfs in complexere of acute situaties. Uit onderzoek blijkt dat 39,1% van de patiënten die aangaven pijn te hebben, analgetica kregen. Verder bleek dat 77,8% van de patiënten die opioïden kregen, voornamelijk morfine kregen toegediend. De mediane tijd tussen voorschrift en toediening ligt rond 16 minuten. 25% van de patiënten krijgt na 30 minuten pas analgetica toegediend, en 5% moest meer dan een uur wachten. Het onderzoek toonde ook aan dat de tijd voor toediening van analgetica toenam naarmate de patiënt-verpleegkundige verhouding toenam. (Lee et al., 2021)

4.2 Niet- farmacologische benadering

Niet-farmacologische behandelingen omvatten onder andere psychologische ondersteuning. Dit kan alles zijn wat de patiënt psychologisch nodig acht, zoals het verkrijgen van informatie, het beantwoorden van vragen en informatie over de behandeling. Hierbij hoort ook relaxatie, indien de patiënt psychologische stress ervaart. Ademhalingsoefeningen kunnen worden toegepast, evenals afleiding door middel van gesprekken of muziek.

Verder kan er een TENS apparaat worden ingepland. Hierbij worden zenuwen gestimuleerd waardoor het signaal van pijn naar de hersenen wordt onderbroken. Ook effectief zijn de warmtetherapie en de cryotherapie. Deze wordt dan lokaal aangebracht. (Hachimi-Idrissi et al., 2020)

Verder zijn massage, communicatie en virtual reality mogelijke interventies die kunnen worden toegepast. (richtlijnendatabase.nl)

Wat ook kan helpen, is de patiënt in een bepaalde positie te plaatsen waarin ze minder pijn ervaren, bijvoorbeeld een positie waarin ze geen pijn voelen. Verpleegkundigen kunnen ook overwegen het licht uit te doen om de omgeving rustiger te maken. Aangepaste communicatie is ook belangrijk bij pijnmanagement; verpleegkundigen die met de patiënt praten, kunnen een goede vorm van afleiding zijn. De aanwezigheid van een naaste kan ook helpen bij het verminderen van pijn. Daarom is het nogmaals belangrijk dat er iemand bij de patiënt is die kan helpen met afleiding, beslissingen nemen, enzovoort. (Hämäläinen et al., 2022)

4.3 Misvattingen over het gebruik van opioïden

Er bestaan onder de bevolking verschillende misvattingen over het gebruik van comfortmedicatie, zoals morfinepreparaten. Bij meer dan 50% van de mensen heerst de misvatting dat medicatie die wordt gebruikt als comfortmedicatie, zoals bij palliatieve zorg, verslavend kan zijn. Daarnaast wordt ook gedacht dat palliatieve zorg niet geschikt is voor alle leeftijdsgroepen en dat het alleen in ziekenhuizen kan plaatsvinden. Een andere onjuiste perceptie is dat alleen artsen kunnen doorverwijzen naar palliatieve zorg. Ook wordt ten onrechte gedacht dat morfine het stervensproces kan versnellen. (Dixe et al., 2020)

Morfine en andere opioïden hebben een belangrijke plaats in de terminale fase van het leven. Dit wordt gebruikt voor de behandeling van pijn en ademhalingsbenauwdheid. (Jeroen Wapenaar, 2021)

Bij een bevraging onder patiënten kwamen verschillende misvattingen naar voren met betrekking tot opioïden, zoals de angst om verslaafd te raken aan de medicatie. Ook speelden de angst voor het overlijden en de bijwerkingen, zoals obstipatie en nausea, een grote rol. Vaak wordt gedacht dat morfine het laatste redmiddel is. Uit deze studie blijkt dat 30% van de patiënten niet op de hoogte is van de bijwerkingen en effecten van de sterke opioïden die ze kregen. Verder blijkt het voor patiënten erg belangrijk te zijn dat de medicatie een goed analgetisch effect heeft, wat de angst voor opioïden kan verminderen. Deze angst kan ook sterk worden verminderd door eerst een gesprek te voeren met de arts over de medicatie voordat deze wordt voorgeschreven. (Graczyk et al., 2018)

Ondanks de besproken misvattingen bevat de bijsluiter van morfine enkele aandachtspunten die in acht moeten worden genomen. Een daarvan is het abstinentiesyndroom of onthoudingssyndroom, waarbij het gebruik van opioïden kan leiden tot fysieke en/of psychische afhankelijkheid of tolerantie. Het risico hierop neemt toe naarmate de duur van het gebruik en de dosis hoger zijn. Lichamelijke of psychische gewenning treedt echter pas op na 1 tot 2 weken, in sommige gevallen na 2-3 dagen, maar dit is zeldzamer. Een hogere dosering of langdurig gebruik verhoogt wel de kans op misbruik van opioïden. Misbruik kan

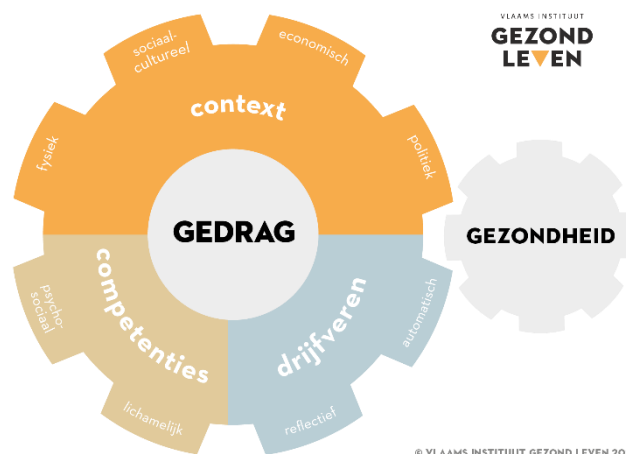
leiden tot overdosering en/of overlijden. Onder misbruik valt bijvoorbeeld het gebruik van opioïden voor niet-medische doeleinden, zoals het verkrijgen van een roes of bewustzijnsverlaging.

4.4 Het gedragswiel

Het Gedragswiel is een model dat illustreert welke factoren iemands gedrag kunnen beïnvloeden. Deze factoren noemt men ook gedragsdeterminanten. Het gedragswiel verklaart hierbij het gedrag. Hierbij zijn 3 grote factoren van belang. Het gedragswiel toont de verbinding tussen gedrag en gezondheid. Dit kan in positieve of negatieve zin zijn. Verpleegkundigen kunnen op deze factoren gaan inspelen indien er vraag is naar gedragsverandering, in kader van gezondheidswinst. Verpleegkundigen kunnen dit gedragswiel gebruiken om zo beter inzicht te krijgen in de weerstand rond comfortmedicatie.

De **context** waarin iemand een bepaald soort gedrag vertoont, is erg belangrijk om rekening mee te houden. Hierbij spelen alle invloeden uit de omgeving een rol, zowel fysiek als sociaal, cultureel, economisch of politiek. Verder zijn er de **competenties**, wat de kennis en vaardigheden omvat die iemand nodig heeft om een bepaald gedrag te vertonen, zowel fysiek als psychosociaal. De derde factor zijn de **drijfveren** van gedragsverandering, die bepalen hoe gemotiveerd iemand is. Dit kan variëren van reflectief (attitudes, risicoperceptie, enzovoort) of rationeel gedrag tot meer automatisch (behoeften, verlangens, gewoontes), impulsief of irrationeel gedrag.

(Vlaams Instituut Gezond Leven, 2020)



Figuur 4: Het gedragswiel (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2020)

5 Prototype

5.1 Welke methodieken bestaan reeds in de praktijk

Communiceren met naasten is een complex proces dat verpleegkundigen in de kritische zorg goed moeten beheersen. Op die manier kunnen ze de behoeften van zowel familieleden als patiënten beter inschatten. Verpleegkundigen die zich onzeker voelen over hun communicatievaardigheden, melden **meer zelfvertrouwen** te hebben na **een bijscholing over communicatie**. Dit onderzoek raadt aan om familieleden een vragenlijst te laten invullen over hun behoeften op de spoedeisende hulp. Op die manier kunnen verpleegkundigen beter inschatten wat deze behoeften zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot het bijwonen van invasieve procedures of reanimatie. (Almaze & De Beer, 2017)

Comfort communicatiemodel

Er is weinig evidentie rond communicatie op een spoedgevallen. Er bestaan wel verschillende methodieken rond communicatie. In deze bachelor proef wordt er toegespitst op het COMFORT model.

Verpleegkundige communicatietraining is nog relatief nieuw, palliatieve zorg wordt nog vaak vergeten in deze trainingen. De meeste opleidingen richten zich op het empathisch reageren van de verpleegkundige, bespreken van de dood, sterven en zorgdoelen voor het einde van het leven. Er is nog een **tekort** aan **communicatietraining** rond het betrekken van naasten in **palliatieve zorg** of het bespreken van spirituele of sociale problematiek. (Wittenberg et al., 2018)

In de literatuur van (Wittenberg et al., 2018) wordt het COMFORT model gebruikt. Dit is een model dat gebruikt wordt in de oncologische zorg, onder meer door verpleegkundigen. Het model wordt gebruikt om te communiceren over moeilijke onderwerpen.

COMFORT is een acroniem voor de woorden:

C: communicatie
O: oriëntatie en opties
M: mindful of bewuste communicatie
F: familie
O: opening
R: relateren
T: team

De "C" staat voor communicatie, clinical narrative practice, wat inhoudt dat verpleegkundigen vragen stellen aan patiënten/naasten over hun ervaring met de ziekte of aandoening. Het is belangrijk dat ze actief luisteren, knikken ter bevestiging, een open houding tonen, enzovoort. Het doel hiervan is om de patiënt en familie te helpen betekenis te vinden in hun ervaring.

De "O" staat voor oriëntatie en opties, waarbij verpleegkundigen informatie bieden over het stadium waarin de patiënt zich bevindt en de behandelopties. Ze leggen de opties uit aan de patiënt en naasten in begrijpelijke taal, met behulp van pictogrammen of visuele hulpmiddelen.

Verder hebben we de "M", die staat voor mindful communication, wat betekent dat verpleegkundigen geen oordelen mogen hebben over de patiënt of naasten. Ze moeten zich bewust zijn van hun eigen ervaringen en deze opzij kunnen zetten voor een nieuw gesprek. Factoren zoals stress kunnen dit wel beïnvloeden. Actief luisteren en non-verbale communicatie zijn ook belangrijk.

"F" staat voor familie, waarbij verpleegkundigen de familie of naasten leren kennen en aan hun behoeften kunnen voldoen.

"O" staat voor openingen, waarbij wordt gekeken naar overeenkomsten tussen de naasten en de patiënt.

"R" staat voor relating. "Relating" houdt in dat verpleegkundigen zich bewust zijn van hoe de patiënt of naasten het verhaal van de ziekte of aandoening begrijpen en ervaren. Ze zoeken uit waar de naasten of patiënt nog mee zitten en pakken deze angsten of zorgen aan.

"T" staat voor team, wat betekent dat de verpleegkundigen het bespreken in teamverband en zo sterker staan.

Het onderzoek van (Chen et al., 2022) wordt de COMFORT methodiek getest werd op een intensieve zorgen afdeling. Hierbij werd de methodiek toegepast op de naasten van patiënten die beademd werden. Uit het onderzoek bleek dat naasten die een telefoongesprek hadden gehad met de verpleegkundigen die de COMFORT-methodiek toepasten, meer tevreden waren over het gesprek dan de naasten die een gewoon gesprek hadden gehad. De interventie verminderde besluitvormingsconflicten en verbeterde de kwaliteit van communicatie bij de verpleegkundigen. Deze bevindingen suggereren dat deze interventie een positieve invloed kan hebben op het nemen van beslissingen door naasten, met name in een kritische setting. Verpleegkundigen kregen een opleiding voor deze interventie.

Module	Communication processes
Communication	Understanding the patient's story Recognizing task and relationship practices
Orientation and Options	Gauging health-literacy levels Understanding cultural humility
Mindful communication	Engaging in active listening Understanding nonverbal communication Being aware of self-care needs
Family	Observing family communication patterns Recognizing caregiver communication patterns Responding to the varying needs of family caregivers
Openings	Identifying pivotal points in patient/family care Finding common ground with patients/families
Relating	Realizing the multiple goals for patients/families Linking care to quality-of-life domains
Team	Developing team processes Cultivating team structures Distinguishing successful collaboration from group cohesion

Figuur 5: COMFORT communicatiemodel (Wittenberg et al., 2018)

5.2 Uitwerking prototype

Als uitwerking van een prototype werd er gekozen voor het maken van een bijscholing. Hierbij worden de belangrijkste communicatiemethodieken aangeleerd en de laatste informatie over farmacologische toedieningen die te maken hebben met comfortmedicatie.

Hier zullen de meeste misvattingen over comfortmedicatie worden besproken, zodat hier ook beter kan worden op ingespeeld bij naasten van patiënten met een slechte prognose. Na de bijscholing krijgen verpleegkundigen de kans om de opgedane kennis toe te passen in een rollenspel. Hier worden casussen aangehaald die de verpleegkundigen zelf ingediend hebben. Na het rollenspel, vindt er een debriefing plaats. Hier zal in groep over de casus worden gesproken en zullen de aspecten die goed gingen en de punten die verbeterd kunnen worden benoemd.

Er werd gekozen voor een bijscholing omdat er uit onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen meer zelfvertrouwen hebben na een bijscholing om de conversatie aan te gaan. (Almaze & De Beer, 2017) Verder bleek ook dat slechts 48.1% van de patiënten comfortabel was in de laatste week voor overlijden.

(*De Kwaliteit Van De Zorg in Vlaanderen in Beeld*, n.d.) Hieruit kan geconcludeerd worden dat er nog te weinig comfortmedicatie of algemeen comfort aan de patiënt wordt gegeven.

De nadruk bij de bijscholing zal gelegd worden op **pijn, comfortmedicatie, effectieve communicatie** die efficiënt en duidelijk is naar **patiënt en naasten**.

Het prototype richt zich als eerste op het versterken van de **competenties** van verpleegkundigen, met name op het gebied van kennis over comfortmedicatie en communicatie op spoedgevallen. In acute situaties is een specifieke vorm van communicatie vereist, waarbij verschillende psychosociale competenties een rol spelen.

Onderzoek toont aan dat er een tekort aan kennis bestaat bij verpleegkundigen met betrekking tot palliatieve zorg. Verschillende misvattingen, zoals het idee dat palliatieve zorg alleen bedoeld is voor terminaal zieke patiënten of dat morfine het stervensproces kan versnellen, wijzen op dit gebrek aan kennis. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er een duidelijke behoefte is aan verbetering van deze kennis.

(Dix et al., 2020)

Het prototype zal ook de **context** in overweging nemen, waarbij de interactie met zowel patiënten als naasten van groot belang is. Omgevingsfactoren hebben een aanzienlijke invloed op spoedgevallendiensten, waarbij ineffectieve communicatie een risico vormt vanwege de hoge werkdruk, beperkte tijd en de zorg voor kritieke patiënten (Al-Kalaldehy et al., 2020). Het prototype zal rekening houden met deze factoren.

Tenslotte zal het prototype inspelen op de **drijfveren** van verpleegkundigen. Door middel van een tool zal worden onderzocht hoe gemotiveerd verpleegkundigen zijn om deze problematiek aan te pakken en wat voor hen belangrijk is. Dit zal helpen om een beter inzicht te krijgen in de behoeften en prioriteiten van verpleegkundigen.

Dit zal gebeuren aan de hand van een presentatie die gemaakt wordt in Canva. (bijlage 7)

Deze presentatie begint met het introduceren van het probleem en de onderwerpen die zullen worden besproken. Daarna wordt het belangrijkste statistische materiaal gepresenteerd. Vervolgens wordt de definitie van palliatieve zorg gegeven, samen met een uitleg van het nieuwe zorgconcept, waarbij ook de DNR-code wordt toegelicht. Daarna wordt de definitie van pijn besproken, gevolgd door het concept van comfortmedicatie. De behandeling, zowel farmacologisch als niet-farmacologisch, wordt vervolgens behandeld, inclusief de misvattingen over het gebruik van opioïden.

Hierna wordt het belang van naasten belicht, met aandacht voor hun impact en de situatie waarin zij zich bevinden. Op de volgende dia wordt de wetgeving besproken, waarbij wordt uitgelegd wat het betekent om als vertrouwenspersoon te worden aangesteld of vertegenwoordiger van de patiënt te zijn. Ook wordt kort ingegaan op de wilsverklaring. Vervolgens worden de communicatiebarrières benoemd, zodat verpleegkundigen zich bewust zijn van hun invloed op de communicatie met naasten. Hierna wordt er samen met de verpleegkundigen nagedacht over het gedragswiel. Tot slot wordt de COMFORT-methodiek behandeld, dit is het belangrijkste onderdeel en wordt volledig toegelicht met voorbeelden.

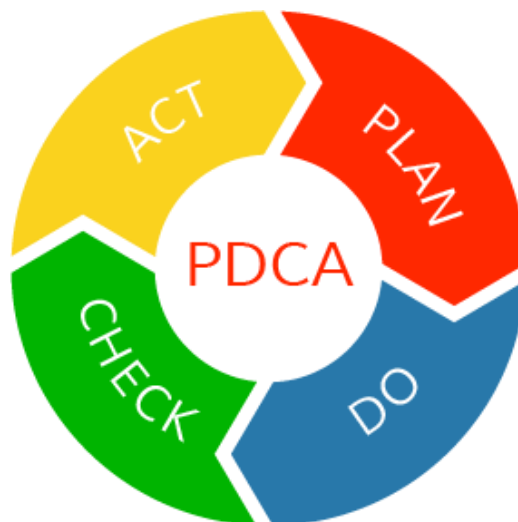
5.2.1 Doelgroep en doelstelling

Het prototype richt zich in eerste instantie op **spoedverpleegkundigen** die werkzaam zijn op een spoedgevallendienst. In noodsituaties is snelle en effectieve communicatie essentieel. Verpleegkundigen worden hierbij geconfronteerd met de uitdaging om duidelijke informatie te verstrekken, empathisch te zijn en samen te werken met naasten.

Het doel van het prototype is om verpleegkundigen met minder ontwikkelde communicatievaardigheden te ondersteunen, zodat ze meer zelfvertrouwen kunnen krijgen in het communiceren met naasten op de spoedeisende hulp. De bijscholing richt zich op verschillende aspecten van communicatie en ook op het kennisgebrek rond comfortmedicatie. Door deze bijscholing zullen verpleegkundigen beter in staat zijn om een ondersteunende zorgrelatie aan te gaan met patiënten en/of naasten. Dit resulteert vervolgens in een verbetering van de kwaliteit van zorg en een groter zelfvertrouwen voor verpleegkundigen op het gebied van communicatie en het bieden van comfort aan patiënten en naasten.

6 Implementatie plan

PDCA model



Figuur 6: PDCA -cyclus van Deming

Overgenomen van: <https://www.patagonia-bv.com/professions/procesmanagement/achtergrond-artikelen/pdca-cyclus-voorbeelden/>

De keuze om de PDCA-cyclus te gebruiken voor de implementatie van het prototype is goed doordacht. Deze cyclus biedt een effectieve methode om de kwaliteit en verbeteringen binnen een organisatie te bewaken. De cyclus bestaat uit vier stappen die nauwgezet moeten worden doorlopen: Plan, Do, Check en Act.

In de **"Plan"**-fase wordt de huidige situatie geanalyseerd en wordt een plan opgesteld voor verbetering. Hierbij worden concrete doelstellingen geformuleerd om naar te streven. Vervolgens, in de **"Do"**-fase, wordt het geplande verbeteringsproces uitgevoerd in een gecontroleerde omgeving.

Na de uitvoering volgt de **"Check"**-fase, waarin het resultaat van de verbetering wordt geëvalueerd. Hierbij wordt het behaalde resultaat vergeleken met de situatie vóór de verbetering en met de gestelde doelstellingen. Tot slot, in de **"Act"**-fase, worden de bevindingen uit de "Check"-fase gebruikt om het plan bij te stellen en eventuele aanpassingen door te voeren.

Het cyclische karakter van de PDCA-cyclus maakt het mogelijk om de cyclus meerdere keren door te lopen, waardoor er continu aandacht is voor kwaliteitsverbetering. Dit maakt het een krachtig instrument voor het implementeren en monitoren van het prototype.

6.1.1 Plan

Het doel van het prototype is om spoedverpleegkundigen meer zelfvertrouwen te geven in het voeren van gesprekken door hun kennis te verbreden op het gebied van comfortmedicatie en communicatie. Door het vergroten van het zelfvertrouwen van verpleegkundigen wordt de communicatie verbeterd, wat uiteindelijk leidt tot een betere kwaliteit van zorg. Bovendien kan het prototype ook helpen bij het educeren van naasten over comfortmedicatie.

Na toestemming van de hoofdverpleegkundige zal er een bevraging plaatsvinden bij de verpleegkundigen die werkzaam zijn op de spoedgevallendienst. Hierbij zullen voorbeeldcasussen worden voorgelegd die relevant zijn voor het onderwerp. Vervolgens zullen specifieke doelen worden opgesteld die behaald moeten worden na de bijscholing. Enkele voorbeelden van deze doelen zijn: het begrijpen van de verschillende soorten comfortmedicatie, het beheersen van de COMFORT-methodiek zoals beschreven in (Wittenberg et al., 2018) door deze concreet toe te passen in rollenspellen, en het erkennen van het belang van empathie en luisteren naar patiënten en naasten.

Daarnaast zal aan de hoofdverpleegkundige worden gevraagd om hogere echelons, zoals de directie verpleegkunde en kwaliteitscoördinatoren, op de hoogte te stellen van het plan voor de bijscholing.

6.1.1.1 SMART doelstellingen

Voor het prototype kan aangebracht worden, moeten eerst SMART doelstellingen worden geformuleerd. SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden. SMART doelstellingen zorgen ervoor dat het doel binnen een bepaalde termijn wordt bereikt.

Enkele voorbeelden geven van SMART-doelstellingen voor het prototype:

1. **Specifiek:** De doelstelling moet duidelijk en specifiek zijn, zodat er geen ruimte is voor interpretatie.
 - Voorbeeld: Verpleegkundigen kunnen de COMFORT-methodiek toepassen tijdens gesimuleerde casussen van spoedgevallen.
2. **Meetbaar:** De doelstelling moet meetbaar zijn, zodat de voortgang kan worden gevolgd en het succes kan worden beoordeeld.
 - Voorbeeld: Minimaal 80% van de verpleegkundigen behaalt een score van 8/10 of hoger op een evaluatie van hun bekwaamheid in het toepassen van de COMFORT-methodiek na de bijscholing.
3. **Acceptabel:** De doelstelling moet aanvaardbaar zijn voor alle betrokkenen en passen binnen de normen en waarden van de organisatie.
 - Voorbeeld: Het ontwikkelde bijscholingsprogramma wordt geaccepteerd door de meerderheid van de verpleegkundigen en wordt als waardevol beschouwd voor hun professionele ontwikkeling.
4. **Realistisch:** De doelstelling moet haalbaar zijn binnen de beschikbare middelen en beperkingen van tijd, geld en andere middelen.
 - Voorbeeld: Binnen drie maanden na de implementatie van het prototype heeft minimaal 70% van de verpleegkundigen de bijscholing gevolgd en met succes afgerond.

5. **Tijdsgebonden:** De doelstelling moet een duidelijke tijdslimiet hebben om de voortgang te stimuleren en de focus te behouden.
- Voorbeeld: Tegen het einde van het kwartaal zijn alle verpleegkundigen op de spoedgevallendienst getraind in het gebruik van de COMFORT-methodiek en hebben ze hun competentie aangetoond tijdens gesimuleerde casussen.

Doelstelling 1: Tegen het einde van de bijscholing zal 100% van de spoedverpleegkundigen een hoger zelfvertrouwen hebben op het gebied van communicatie en comfortmedicatie, met als doel om kwaliteit van zorg te verhogen en comfort van de patiënt te verbeteren. Dit doel is behaald als alle verpleegkundigen de bijscholing hebben gevolgd. Indien verpleegkundigen niet aanwezig kunnen zijn op die moment, wordt er een nieuwe dag ingepland. Ze zullen voor de bijscholing en op het einde een korte vooropgestelde vragenlijst krijgen met items over communicatie, hierbij wordt gebruik gemaakt van een Likert-schaal (Bijlage 6), bijvoorbeeld:

- Hoe vaak gaat u in gesprek met naasten?
- Heeft u al ooit conflicten gehad met naasten?
- Hoe comfortabel voelt u zich om in gesprek te gaan met naasten over de prognose van de geliefde?

Dit doel is acceptabel, omdat dit algemeen wordt aanvaard als cruciale factor in het verbeteren van kwaliteit van zorg. Deze doelstelling is ook realistisch omdat deze bijscholing gericht informatie en handvaten geeft.

Doelstelling 2: Binnen een periode van 6 maanden hebben patiënten en naasten meer vertrouwen in de communicatie met verpleegkundigen en begrijpen beter de prognose, behandeling en aandoening. Dit doel is acceptabel, omdat dit wordt gezien als een belangrijk deel van patiënt gerichte zorg. Het is realistisch omwille van de communicatie technieken die zijn aangeleerd en de opfrissing van comfortmedicatie. Dit wordt gemeten door tevredenheidsenquêtes die worden ingevuld door naasten en/of patiënt.

6.1.2 Do

Voor de implementatie van het prototype zal eerst contact worden opgenomen met de hoofdverpleegkundige van de spoedgevallendienst, waar de bijscholing zal plaatsvinden. Tijdens dit overleg zullen de doelstellingen van het project worden toegelicht, samen met een beschrijving van hoe het zal worden uitgevoerd. Vervolgens zal dit plan worden voorgelegd aan de algemeen directeur van het ziekenhuis, waarbij zowel de doelstellingen als de voordelen van het prototype worden besproken.

De bijscholing zal worden gepland als een halve dag, met een duur van ongeveer drie uur. Bij voorkeur zal deze plaatsvinden in het ziekenhuis, zodat verpleegkundigen de training kunnen bijwonen na een vroege of voor een late dienst, waardoor ze geen extra vrije dag hoeven op te nemen. Om het rollenspel te faciliteren, zal er voor elke groep een simulatiepatiënt aanwezig zijn, met wie ze gesprekstechnieken kunnen oefenen.

Om de theoretische concepten in de praktijk toe te passen, zullen casussen worden verzameld van spoedverpleegkundigen, die als basis zullen dienen voor het rollenspel. Er zal ook een geschikte ruimte worden voorzien in het ziekenhuis om deze sessies te organiseren.

6.1.3 Check

Tijdens het rollenspel na de bijscholing wordt geobserveerd hoe de verpleegkundigen de geleerde methodieken toepassen in de praktijk. Na het rollenspel vindt een debriefing plaats, waarbij de verpleegkundigen feedback ontvangen over het verloop van het rollenspel. Na de bijscholing wordt feedback verzameld aan de hand van vragenlijsten.

Zes maanden na de bijscholing zullen de verpleegkundigen opnieuw een vragenlijst ontvangen, die is gebaseerd op de eerder gestelde doelstellingen. Hierbij kunnen zij antwoorden geven op een Likert-schaal (bijlage 6), variërend van 0 (nooit) tot 10 (altijd). De resultaten zullen worden vergeleken met de initiële vragenlijst om de vooruitgang te meten en worden geëvalueerd ten opzichte van de vastgestelde doelstellingen. Bovendien worden ook de tevredenheidsenquêtes van patiënten en hun naasten in overweging genomen.

Dit proces wordt herhaald tot de doelstellingen zijn bereikt, wat inhoudt dat alle verpleegkundigen die werkzaam zijn op de spoedgevallendienst een aanzienlijke verbetering vertonen in hun communicatieve vaardigheden en het toedienen van comfortmedicatie, en dat de tevredenheidsscores van patiënten en naasten minstens 80% bedragen.

6.1.4 Act

Aan de hand van de antwoorden gaat de bijscholing aangepast worden. Ook wordt de evidentie rond comfortmedicatie en communicatie herbekeken en op basis hiervan worden aanpassingen gedaan.

Discussie

Belangrijk is dat deze bachelor proef een literatuurstudie is, er werd geen eigen onderzoek gedaan.

Het onderzoek dat in verschillende literatuur wordt besproken, vond plaats in het **buitenland**, wat een beperking kan vormen voor de **generaliseerbaarheid** naar de Belgische context. Culturele verschillen kunnen van invloed zijn op communicatiepatronen, zoals bijvoorbeeld in het onderzoek van (Al-Kalaldeh et al., 2020), dat werd uitgevoerd in Palestina, waar geen melding werd gemaakt van culturele communicatiebarrières door de verpleegkundigen. Dit kan echter anders ervaren worden in België.

De bijscholing is ontwikkeld om verpleegkundigen meer zelfvertrouwen en kennis te verschaffen met betrekking tot comfortmedicatie en communicatie met patiënten en hun naasten. Het is echter essentieel dat verpleegkundigen reeds **gemotiveerd** zijn om gedragsverandering te ondergaan. Indien dit niet het geval is, moeten de determinanten van deze onwil eerst worden geïdentificeerd aan de hand van het gedragswiel.

Er kunnen ook nadelen verbonden zijn aan de vragenlijsten na de bijscholing, zoals de mogelijkheid dat verpleegkundigen **sociaal wenselijke** antwoorden geven als zij het nut ervan niet inzien.

De focus van deze bachelor proef ligt op naasten en besluitvormers voor de patiënt, maar het is ook mogelijk dat de patiënt zelf bij bewustzijn is en beslissingen kan nemen, waarbij dezelfde communicatiemethoden kunnen worden toegepast.

Hoewel het prototype in deze bachelor proef alleen wordt toegepast op spoedverpleegkundigen, kan het echter in verschillende settingen worden gebruikt. Oorspronkelijk is het prototype ontwikkeld voor de oncologische zorg.

De implementatie van het prototype kan een aanzienlijke **uitdaging** vormen, aangezien het ziekenhuis en de directie de nodige middelen en inspanningen moeten leveren om de bijscholing te organiseren. Daarnaast is het van cruciaal belang dat verpleegkundigen op lange termijn gemotiveerd blijven, aangezien het aanleren van nieuwe communicatietechnieken tijd vereist. In de hectische omgeving van spoedgevallen wordt deze uitdaging nog groter, aangezien er tijd moet worden vrijgemaakt om de communicatiemethodiek effectief toe te passen.

Het is eveneens van essentieel belang dat **artsen** zich actief inzetten voor communicatie met patiënten, aangezien zij, net als verpleegkundigen, een aanzienlijke invloed kunnen hebben op de ervaring van patiënten en hun naasten op de spoedgevallendienst. Door samen te werken en regelmatig overleg te voeren met andere zorgverleners kunnen misverstanden worden voorkomen en kan er eenduidige zorg worden geboden.

Conclusie

Hoe kunnen de communicatievaardigheden en kennis over comfortmedicatie van spoedverpleegkundigen verbeterd worden om zo de kwaliteit van zorg te verhogen en het comfort van patiënten en hun naasten te bevorderen?

Vanuit deze onderzoeksvraag is gezocht naar een oplossing voor dit probleem.

Spoedverpleegkundigen staan dagelijks voor de uitdaging om effectief te communiceren met patiënten en hun naasten, vooral in spoedsituaties. Echter, een gebrek aan zelfvertrouwen en kennis over comfortmedicatie en communicatie kan een belemmerende factor zijn voor doeltreffende communicatie met naasten en patiënten.

Dit resulteert mogelijks in onvoldoende comfortzorg voor patiënten in hun laatste levensfase, zoals blijkt uit onderzoek waaruit slechts 48,1% van de patiënten comfortabel was in de laatste week voor overlijden (De Kwaliteit Van De Zorg in Vlaanderen in Beeld, n.d.). Er is dus een dringende noodzaak om effectieve bijscholing te ontwikkelen die gericht is op het vergroten van zelfvertrouwen en kennis van spoedverpleegkundigen, met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Uit de resultaten van de literatuurstudie blijkt het belang van eensgezinde communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten/naasten, ondersteund door diverse vormen van communicatie. Ook wordt beschreven dat de WHO-pijnladder essentieel is voor het adequaat behandelen van pijn en comfort voor de patiënt. Daarnaast benadrukken de resultaten de noodzaak om misvattingen en misbruik van opioïden aan te pakken door middel van communicatie en educatie. Verder biedt het gedragswiel een waardevolle inkijk in het begrijpen van gedragsverandering bij zowel verpleegkundigen als patiënten en naasten.

Het ontwikkelde prototype richt zich op het verbeteren van communicatievaardigheden en kennis over comfortmedicatie. Het omvat een mix van een presentatie, rollenspellen en relevante casussen, gevolgd door debriefingsessies. De implementatie wordt gedaan aan de hand van de PDCA-cyclus, waarbij het prototype wordt aangepast op basis van feedback en resultaten. Er zijn SMART-doelstellingen geformuleerd om de effectiviteit van de bijscholing te meten.

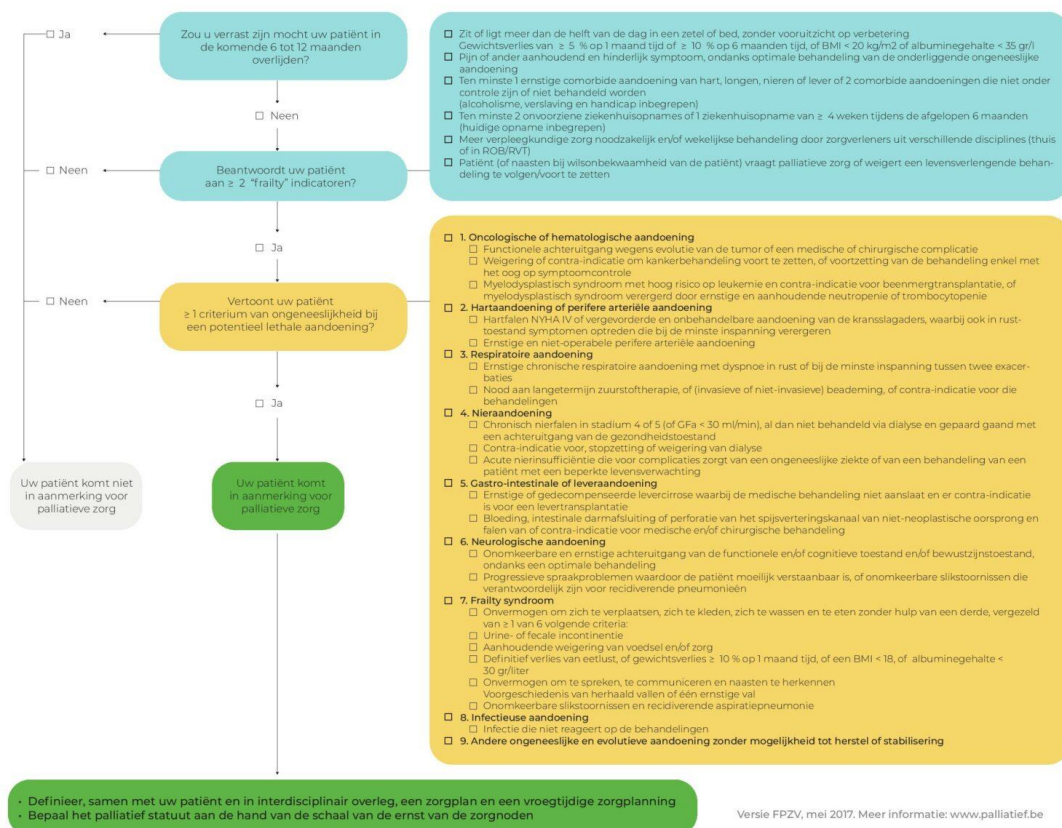
Referentielijst

1. Al-Kalaldeh, M., Amro, N., Qtait, M., & Alwawi, A. (2020). Barriers to effective nurse-patient communication in the emergency department. *Emergency Nurse*, 28(3), 29–35. <https://doi.org/10.7748/en.2020.e1969>
2. Almaze, J. P. B., & De Beer, J. (2017). Patient-and family-centred care practices of emergency nurses in emergency departments in the Durban area, KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Critical Care*, 33(2), 59–65. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2017.v33i2.317>
3. Ausmus, J. (2023). Pain Management and Analgesia Procedures and Strategies in the Emergency Department. In *Physician Assistant Clinics* (Vol. 8, Issue 1, pp. 151–165). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpha.2022.08.013>
4. *Belgisch staatsblad*, 2002. (n.d.).
5. Beller, E. M., van Driel, M. L., McGregor, L., Truong, S., & Mitchell, G. (2018). Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010206.pub2>
6. Braaf, S., Ameratunga, S., Nunn, A., Christie, N., Teague, W., Judson, R., & Gabbe, B. J. (2018). Patient-identified information and communication needs in the context of major trauma. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2971-7>
7. Carpenito. (2018). *Verpleegkundige diagnosen*.
8. Chen, C., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A., Wittenberg, E., Li, C. S., & Chang, Y. P. (2022). COMFORT communication in the ICU: Pilot test of a nurse-led communication intervention for surrogates. *Journal of Clinical Nursing*, 31(21–22), 3076–3088. <https://doi.org/10.1111/jocn.16132>
9. De kwaliteit van de zorg in Vlaanderen in beeld. (n.d.). <https://zorgkwaliteit.be/>
10. Ding, C. Q., Jin, J. F., Lan, M. J., Zhang, Y. P., Wang, Y. W., Yang, M. F., & Wang, S. (2021). Do-not-resuscitate decision making for terminally ill older patients in the emergency department: An explorative, descriptive inquiry of Chinese family members. *Geriatric Nursing*, 42(4), 843–849. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.021>
11. Dixe, M. dos A., Santo, I. D. de O., Lopes, S., Catarino, H., Duarte, S., Querido, A., & Laranjeira, C. (2020a). Knowledge and myths about palliative care among the general public and health care professionals in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134630>
12. Emmamally, W., Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2020). Families' perceptions of relational practice in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100877>
13. Ester, M. A., Manuel, M. C. J., Rocío, P. R., Cayetano, F. S., Dobairro-Sanz, I., & Dolores, R. F. M. (2022). Dignity in the care of people with advanced illness in emergency services from the perspective of family members: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101216>
14. Graczyk, M., Borkowska, A., & Krajnik, M. (2018). Why patients are afraid of opioid analgesics: A study on opioid perception in patients with chronic pain. *Polish Archives of Internal Medicine*, 128(2), 89–97. <https://doi.org/10.20452/pamw.4167>
15. Hachimi-Idrissi, S., Dobias, V., Hautz, W. E., Leach, R., Sauter, T. C., Sforzi, I., & Coffey, F. (2020). Approaching acute pain in emergency settings; European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines—part 2: management and recommendations. *Internal and Emergency Medicine*, 15(7), 1141–1155. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02411-2>

16. Hämäläinen, J., Kvist, T., Koota, E., & Kankkunen, P. (2022). Nurses' Perceptions of the Management of Acute Pain in Emergency Departments. *Clinical Nurse Specialist*, 36(5), 254–263.
<https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000694>
17. Jeroen Wapenaar. (2021). Lijden verzachten, 11 vragen over palliatieve sedatie. *Nursing*.
18. Lee, S. R., Hong, H., Choi, M., & Yoon, J. Y. (2021). Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter. *International Emergency Nursing*, 58.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101034>
19. Matthews, T., Baken, D., Ross, K., Ogilvie, E., & Kent, L. (2019). The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: A qualitative meta-synthesis. In *Psycho-Oncology* (Vol. 28, Issue 12, pp. 2286–2294). John Wiley and Sons Ltd.
<https://doi.org/10.1002/pon.5241>
20. Momiyama, S., Kakeya, K., Dannoue, H., & Yanagi, H. (2023). A Survey of Emergency Nurses' Perceptions and Practices to Support Patients' Families as Surrogate Decision Makers. *Journal of Emergency Nursing*.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.08.001>
21. NHG-Standaard Pijn. (n.d.).
22. NICE guideline. (2012). *Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services Clinical guideline*. www.nice.org.uk/guidance/cg138
23. Omoya, O. (Tomi), Bellis, A. De, & Breaden, K. (2023). Emergency department staff perceptions of their roles in providing end of life care. *Australasian Emergency Care*, 26(2), 126–131.
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.09.001>
24. Org, M. (n.d.). *DIGITAAL WIJZER COMMUNICEREN met anderstaligen in de zorg*.
25. Palliatieve Zorg Vlaanderen. (2023, November 30). Home – Palliatieve Zorg Vlaanderen. <https://palliatievezorgvlaanderen.be/>
26. Palliaweb. (n.d.). Palliaweb. <https://palliaweb.nl/>
27. Pun, J., Chow, J. C. H., Fok, L., & Cheung, K. M. (2023). Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. *BMJ Open*, 13(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067304>
28. Richard-Lalonde, M., Boitor, M., Mohand-Saïd, S., & Gélinas, C. (2018). Family members' perceptions of pain behaviors and pain management of adult patients unable to self-report in the intensive care unit: A qualitative descriptive study. *Canadian Journal of Pain*, 2(1), 315–323.
<https://doi.org/10.1080/24740527.2018.1544458>
29. UZ Gent. Denk zorg | UZ Gent. (n.d.). <https://www.uzgent.be/>
30. UZ Antwerpen, (UZ-Antwerpen) <https://www.uza.be/>
31. Wittenberg, E., Reb, A., & Kanter, E. (2018). Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 34, Issue 3, pp. 264–273). W.B. Saunders.
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.007>
32. Zanza, C., Romenskaya, T., Zuliani, M., Piccolella, F., Bottinelli, M., Caputo, G., Rocca, E., Maconi, A., Savioli, G., & Longhitano, Y. (2023). Acute Traumatic Pain in the Emergency Department. In *Diseases* (Vol. 11, Issue 1). MDPI. <https://doi.org/10.3390/diseases11010045>
33. ZNA Antwerpen, (ZNA, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen), <https://www.zna.be/>

Bijlagen

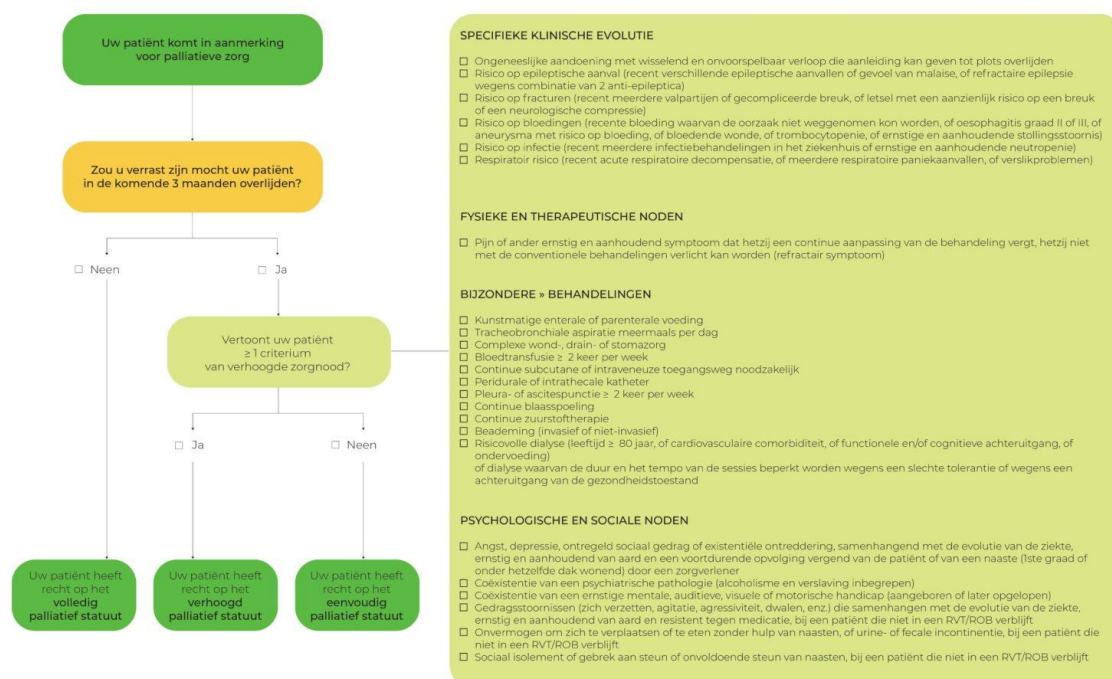
Identificatieschaal van de palliatieve patiënt



Bijlage 1: identificatieschaal van de palliatieve patiënt

Overgenomen van: [PICT – Palliatieve Zorg Vlaanderen](#)

Schaal m.b.t. de ernst van de zorgnoden



Versie FPZV, mei 2017. Meer informatie: www.palliatief.be

Bijlage 2: Schaal mbt de ernst van de zorgnoden.

Overgenomen van: [PICT – Palliatieve Zorg Vlaanderen](#)

Nederlandse Critical Care Pain Observation Tool (CPOT-NL)

Stilma W, Rijkenberg S, Feijen HM, Maaskant JM, Endeman H. Validation of the Dutch version of the critical-care pain observation tool. Nurs Crit Care. 2015 Dec 22

Indicator	Score	Beschrijving
Gezichtsuitdrukking	Ontspannen, neutraal	Geen spierspanning waargenomen
	Gespannen	Aanwezig zijn van fronsend voorhoofd, naar beneden getrokken wenkbrauwen, dichtknijpen van de ogen en contractie van de gezichtsspieren of een andere verandering (bijv. openen van ogen of tranende ogen tijdens pijnlijke procedures)
	Grimassen	Alle bovenstaande gezichtsbewegingen plus ogen stijf dichtgeknepen (de patiënt heeft mogelijk de mond open of bijt op de endotracheale tube)
Lichaamsbewegingen	Beweging afwezig of normale houding	Beweegt helemaal niet (betekent niet noodzakelijkerwijs dat pijn afwezig is) of normale houding (bewegingen zijn niet gericht naar de plek waar de pijn zit of met het doel deze te beschermen)
	Beschermend	Langzame, voorzichtige bewegingen, aanraken of wrijven over pijnlijke plek, aandacht vragen met bewegingen.
	Rusteloosheid/agitatie	Trekken aan tube, pogingen om rechtop te zitten, bewegen van ledematen/woelen, niet opvolgen van opdrachten, slaan naar personeel, proberen uit bed te klimmen.
Acceptatie van beademing (geïntubeerde patiënten)	Accepteert beademing of beweging	Alarmen gaan niet af, ongehinderde beademing
	Hoesten, maar acceptatie	Hoesten, alarmen gaan mogelijk af maar stoppen vanzelf.
	Vecht tegen beademing	Asynchronie: ademt asynchroon, alarmen gaan regelmatig af.
Stemgebruik (niet geïntubeerde patiënten)	Praten op normale toon of geen geluid	
	Zuchten, kreunen	
	Uitschreeuwen, snikken	
Spierspanning Beoordeling middels passief buigen en strekken van bovenste ledematen wanneer patiënt in rust is of wanneer patiënt wordt gedraaid	Ontspannen	Geen weerstand tegen passieve bewegingen
	Gespannen, rigide	Weerstand tegen passieve bewegingen
	Zeer gespannen of rigide	Sterke weerstand tegen passieve bewegingen of niet in staat om ze te voltooien.

Bijlage 3: CPOT of Critical Care Pain Observation Tool

Overgenomen van <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/critical-care-pain-observation-tool/>

Hoe hevig was uw pijn gemiddeld de afgelopen week (7 dagen)?

Geen enkele
pijn (0 mm)

Meest
voorstelbare
pijn (100 mm)

Hoe hevig was uw pijn op de slechtste momenten in de afgelopen week (7 dagen)?

Geen enkele
pijn (0 mm)

Meest
voorstelbare
pijn (100 mm)

Bijlage 4: VAS score of Visueel Analoge Schaal

Overgenomen van <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/visual-analogue-scale/>

Numeric Pain Rating Scale

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.
Hoe hevig was uw pijn (gemiddeld) de afgelopen week (7 dagen)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen enkele pijn					meest voorstelbare pijn					

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.
Hoe hevig was uw pijn op de slechtste momenten in de afgelopen week (7 dagen)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen enkele pijn					meest voorstelbare pijn					

Bijlage 5: NRS of Numeric Pain Rating Scale

Overgenomen van <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/numeric-pain-rating-scale/>

5-point scales

Satisfaction	Likelihood	Level of concern
1. Very dissatisfied	1. Very unlikely	1. Very unconcerned
2. Dissatisfied	2. Unlikely	2. Unconcerned
3. Neither dissatisfied or satisfied	3. Neutral	3. Neutral
4. Satisfied	4. Likely	4. Concerned
5. Very satisfied	5. Very likely	5. Very concerned

Agreement	Frequency	Awareness
1. Strongly disagree	1. Never	1. Very unaware
2. Disagree	2. Rarely	2. Unaware
3. Neither agree or disagree	3. Sometimes	3. Neither aware or unaware
4. Agree	4. Often	4. ware
5. Strongly agree	5. Always	5. Very aware

Familiarity	Quality	Importance
1. Very unfamiliar	1. Very poor	1. Very unimportant
2. Unfamiliar	2. Poor	2. Unimportant
3. Somewhat familiar	3. Acceptable	3. Neutral
4. Familiar	4. Good	4. Important
5. Very familiar	5. Very good	5. Very important



Bijlage 6: Likert Schaal

Overgenomen van <https://www.scribbr.com/methodology/likert-scale/>

Bijlage 7: Prototype uitwerking

**BIJSCHOLING
COMFORTMEDICATIE EN
COMMUNICATIE OP SPOED**

*TIPS VOOR
SPOEDVERPLEEGKUNDIGEN*

WAAROVER GAAT HET?

NAASTEN OP SPOED

- Communicatie tussen naasten en verpleegkundigen = essentieel
- Noodzaak tot efficiënt communiceren?
- Communicatie barrières

COMFORTMEDICATIE

- Patiënt met slechte prognose
- Farmacologische en niet farmacologische benadering
- Misvattingen over opioïden

STATISTIEKEN

48.1%

Krijgt slechts comfort in het ziekenhuis



75%

Patiënten op spoed met pijn



SLECHTE PROGNOSE

- Palliatieve zorg
- Het nieuwe zorgconcept
- DNR

PIJN

- Acute pijn/ chronische pijn
- Comfortmedicatie



COMFORT VOOR PATIËNT



FARMACOLOGISCH

- WHO pijnladder
- Pijn herevalueren!



NIET FARMACOLOGISCH

- Psychologische ondersteuning
- Warmte therapie/ cryotherapie
- Positionering
- Afleiding
- VR

MISVATTINGEN OPIOÏDEN

- Verslavend
- Niet voor alle leeftijden
- Enkel de arts kan verwijzen
- Stervensproces versnellen
- Laatste redmiddel



NAASTEN = ESSENTIEEL

ONVERWACHT

Voor naasten is het vaak een onverwachte gebeurtenis en hebben zij gevoelens van angst en onzekerheid. Hieruit kan weerstand ontstaan. Dit kan invloed hebben op het zorgproces van de patiënt.

NAASTEN ALS VERTROUWENSPERSOON

Naasten moeten vaak beslissingen nemen in verband met behandeling van hun naasten. Hierdoor kunnen gevoelens van schuld en angst aanwezig zijn.



WETGEVING

01

VERTROUWENSPERSOON

Kan geen beslissingen nemen voor patiënt zelf, wel bijstaan

02

VERTEGENWOORDIGER

- Vooraf aangewezen
- Samenwonende echtgenoot, wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner
- Dalende volgorde

03

WILSVERKLARING

- Euthanasie
- negatieve wilsverklaring



COMMUNICATIEBARRIÈRES



Demografisch



Kennistekort
bij patiënten



Werkdrukke



negatieve
ervaringen

HET GEDRAGSWIEL



COMFORT MODEL

Communicatie model dat wordt gebruikt om te communiceren over moeilijke onderwerpen.

- C** Clinical narrative practice
- O** Oriëntatie en opties
- M** Mindfull of bewuste communicatie
- F** Familie
- O** Opening
- R** Relating
- T** Team



CLINICAL NARRATIVE PRACTICE



Ervaring van de patiënt en naasten verkennen,
hoe voelen zij zich bij de ziekte/prognose?

Doel: patiënten en naasten helpen met het
vinden van betekenis in hun ervaring.

ORIËNTATIE EN OPTIES



Als verpleegkundige oriëntatie bieden in
verband met het stadium waarin de patiënt zich
bevindt. Duidelijkheid geven in verband met
behandelopties.

Medische taal wordt hier ook omgezet in klare
en duidelijke taal voor de patiënt en naasten. Er
kan gebruik gemaakt worden van
pictogrammen of visuele beelden.

BEWUSTE (MINDFUL) COMMUNICATIE



Geen oordelen hebben over de patiënt of de
naasten hun verhaal, een open houding. Oudere
ervaringen aan de kant kunnen zetten voor een
nieuw gesprek.

Stress en werkdruk kunnen dit luik beïnvloeden.
Belangrijk om tijd te nemen om het gesprek te
voeren.

FAMILIE



Leren kennen van naasten en wat hun noden zijn in de situatie.

OPENING



Hierbij wordt er gezocht naar overeenkomsten tussen patiënten en naasten.

RELATING



Bewust zijn of de patiënt/ naasten het verhaal van de ziekte of aandoening al dan niet begrijpt.

Wat zijn de bezorgdheden nog? Waar zitten patiënt/naasten nog mee? Angst?

TEAM



Casus bespreken in team en samen overlopen.
Zo sterker worden in het toepassen van de methodiek.