



Waarom verpleegkundigen de pijnscreening uitvoeren

Onderzoek naar factoren die de uitvoering van zorgrichtlijnen beïnvloeden

Over de uitvoering van richtlijnen, protocollen en de uitvoering van kwaliteitsnormen in de zorg, is veel geschreven. Er is dan ook veel bekend over de factoren die de bedoelde uitvoering belemmeren of bevorderen. Vele factoren zijn in het spel, op allerlei niveaus: de aard van richtlijn, de mate waarin hij aansluit bij de praktijk, de hoeveelheid richtlijnen tientallen implementatie-en adoptiefactoren, tijd en registratielast, de professionele autonomie van zorgverleners en de mate waarin de richtlijn aansluit bij hun waarden en normen. En dit zijn er nog maar een paar.

Toch is het lastig om deze kennis in de praktijk van ziekenhuizen toe te passen. Er zijn zoveel factoren actief dat al snel handelingsverlegenheid ontstaat. Welke condities moet je scheppen om zorgverleners te stimuleren richtlijnen (alsnog) uit te voeren? En welke *combinatie van factoren* verklaart de matige uitvoering van een richtlijn? Want de ene afdeling presteert goed en de andere niet. Gaat het dan meer om situationele factoren, om de afdelingscultuur? Of ligt het aan de kennis en houding van de individuele professional?

Kortom, er is in de praktijk behoefte aan inzicht in de (combinatie van) factoren die de uitvoering van verstandige richtlijnen door verstandige mensen, belemmeren. Want anders zijn interventies gericht op gedragsverandering als een schot hagel: je hoopt maar dat er een doel treft.

Deze behoefte aan inzicht was in een academisch ziekenhuis aanleiding om een exploratief, kwantitatief onderzoek (n107) onder verpleegkundigen van verpleegafdelingen .

Om grip te krijgen op het vraagstuk werd er een door de Inspectie voor Gezondheid en Jeugd (IGJ) verplichte kwaliteitsnorm voor het onderzoek

Vanaf 2011 werk ik veel aan patiëntveiligheids-vraagstukken in de zorg, vooral in het ziekenhuis. Wat in die tijd opviel was dat op zich zelf verstandige werkmethoden zoals screeningen, op verzet stuiten onder professionals. Daar wilde ik meer van weten.

Vandaar dat ik voor mijn master Verandering Management en Cultuur afstudeerde op gedrags-gebonden factoren die de uitvoering van zorgrichtlijnen beïnvloeden.

- Nancy van der Vin is zelfstandig interim-manager, veranderkundige en communicatiestrateg



Dit onderzoeksverslag is relevant voor ziekenhuizen en andere zorginstellingen, als zij de uitvoering van richtlijnen en kwaliteitsnormen door professionals willen verbeteren of nieuwe richtlijnen, werkmethoden of kwaliteitsnormen implementeren.

geselecteerd die grote relevantie heeft voor patiënten: de uitvoering van de pijnscreening. Er is onderzocht welke factoren de bereidheid van verpleegkundigen verklaren om de pijnsscreening (alsnog) uit te voeren.

Het gaat om een pijnprotocol, de uitvoering van een zogenaamde risicoscreening, dat helpt voorkomen dat mensen onnodig pijn lijden, vooral na een operatie. De kwaliteitsnorm wordt ook gebruikt in de samenstelling van de ziekenhuis Top 100 van het Algemeen Dagblad.

1. Doel van zorgrichtlijnen verplichte kwaliteitsnormen

Richtlijnen en verplichte kwaliteitsnormen (in jargon 'kwaliteitsindicatoren' genoemd) zijn bedoeld om ervoor te zorgen dat patiënten goede zorg krijgen, de variatie in zorguitkomsten terug te dringen (bv: het ene ziekenhuis haalt betere resultaten in een behandeling dan het andere) en om te voorkomen dat patiënten vermijdbare schade oplopen (naast het transparant maken van de kwaliteit van zorg). Want ook al is er geen ziekenhuis of zorgverlener die wil dat patiënten in hun instelling onnodig lijden, is dit toch een realiteit. Uit patiëntveiligheidsliteratuur blijkt dat in Nederland gemiddeld 5,7 patiënten onbedoeld schade oploopt in een ziekenhuis (Grol & Wensing, 2015). Zij lopen bijvoorbeeld een infectie op, die kan zijn veroorzaakt door een gebrekkige handhygiëne van zorgverleners. Ongeveer een op de elf patiënten overkomt dit waarvan zo'n 13% overlijdt. Een ander voorbeeld is dat patiënten vallen: in algemene ziekenhuizen viel 14% van de patiënten en de helft daarvan liep letsel op. Ook raken patiënten ondervoed: in algemene ziekenhuizen en

en verpleeghuizen gaat dat al gauw om 26% van de patiënten of cliënten (Grol & Wensing, 2015). En dan laten we hier de vermijdbare sterfgevallen buiten beschouwing (<https://nos.nl/artikel/2204987-aantal-vermijdbare-doden-in-ziekenhuizen-niet-verder-gedaald.html>).

Richtlijnen en verplichte kwaliteitsnormen zijn gebaseerd op het best beschikbare wetenschappelijk bewijs of op best practices en worden meestal vastgesteld door de medische beroepsgroep zelf. Bovendien gebruikt de toezichthouder in de zorg, de IGJ, de kwaliteitsnormen in de toetsing van kwaliteit. Ziekenhuizen moeten dan ook verplicht rapporteren over de 'performance' van deze kwaliteitsnormen, oftewel het niveau van naleving. Desondanks is uitvoering van de verplichte indicatoren door zorgverleners geen vanzelfsprekendheid. De handhygiënerichtlijnen bijvoorbeeld kennen een naleving tussen de 19% en 37% (Grol & Wensing, 2015).

Uit de ziekenhuiszorg zijn bij de uitvoering van de risicoscreeningen, zoals de pijnscreening en de screening op vallen en ondervoeding, door verpleegkundigen percentages bekend van 55% t/m 90% (norm) correcte uitvoering (bron: interne cijfers).

Het verschijnsel van 'niet-naleving' doet zich overigens breder voor in de zorg. Zo meldt onderzoek onder huisartsen nalevingscijfers van kwaliteitsnormen van het Nederlands Huisartsengenootschap, van 62% tot 89%, met grote onderling verschillen per richtlijn/norm en praktijk (Grol & Wensing, 2015).

Discussies over de regeldruk in ziekenhuizen laten zien dat uitdijende kwaliteits- en registratie-eisen, een schaduwzijde hebben

Deze cijfers impliceren dat er nogal wat patiënten zijn in Nederland die niet de zorg krijgen zoals de beroepsgroep en de overheid die nodig achten. Ook is het mogelijk dat de patiënt vermijdbare schade oploopt, doordat zorgverleners niet conform richtlijnen of kwaliteitsnormen handelen. Dat dit een probleem is voor patiënten is duidelijk. Maar ziekenhuizen en andere zorgorganisaties hebben ook een probleem: het vertrouwen van patiënten kan worden geschaad, de legitimiteit en reputatie van een ziekenhuis kunnen op het spel komen te staan. Het is bovendien niet denkbeeldig dat de IGJ bij een structureel negatief 'nalevingsbeeld' ingrijpt en zorgorganisaties onder verscherpt toezicht stelt. Dat hebben vele instellingen de afgelopen jaren ondervonden.

Kortom, het is van vitaal belang voor patiënten en ziekenhuizen dat zorgverleners zorg- en patiëntveiligheidsrichtlijnen uitvoeren. Dit in alle redelijkheid natuurlijk want niemand wenst de omgekeerde situatie: protocol gevolgd, patiënt overleden. Ook dat komt helaas voor: richtlijnen en protocollen kunnen de intelligentie, kennis en ervaring van zorgverleners niet vervangen. Ze moeten het professionele handelen van zorgprofessionals ondersteunen. De discussies over de regeldruk in ziekenhuizen laten zien dat uitdijende kwaliteits- en registratie-eisen, een schaduwzijde hebben (zie kader).

2. Wat is de pijnscreening?

In dit onderzoek is de pijnscreening onderzocht omdat deze belangrijk is voor de patiënt. Pijn is zeer belastend voor patiënten, belemmert hun herstel en kan, onbehandeld, zelfs leiden tot chronische pijn. Bovendien hecht de IGJ grote waarde aan de correcte uitvoering van deze kwaliteitsnorm en is het onderzochte ziekenhuis niet tevreden met het nalevingsniveau. Het percentage pijnmetingen moet actief aangeleverd worden aan de IGJ. Maar wat is de pijnscreening?

En welk gedrag moet de verpleegkundige vertonen?

Bij de pijnscreening moet de verpleegkundige de patiënt vragen een getal van 0 tot 10 aan zijn pijn te geven. Daarbij is 0 geen pijn en het 10 de ergst denkbare pijn. Bij een score van 4 of hoger moet pijnbehandeling met de patiënt worden besproken en zo nodig worden gestart. Voor dit onderzoek zijn *de uitvraag en de registratie van het pijngetal* als beoogd gedrag van de pijnscreening beschouwd.

3. Acht belemmerende praktijkfactoren: 'afvinken van lijstjes' en meer

In de praktijk van het ziekenhuis zijn 8 factoren geïdentificeerd die verpleegkundigen lijken te belemmeren om verplichte kwaliteitsnormen uit te voeren. Ze komen voort uit waarnemingen van reactiepatronen en taalgebruik tijdens bijeenkomsten, gesprekken met verpleegkundigen en leidinggevenden.

Opvallend is dat verpleegkundigen het stelselmatig hebben over het *afvinken van lijstjes* als het gaat om de screeningen (verplichte indicatoren). Zij lijken de screeningen niet te ervaren als zorg, maar als administratieve handelingen. En zij lijken een appèl op de eigen professionaliteit te missen in een context van regels, indicatoren verplichte werkwijzen, en wijzen op het belang van de klinische blik. Dit laatste begrip heeft juist een positieve connotatie en lijkt verbonden te zijn met een gevoel van erkenning, (professionele) autonomie en overtuigingen over wat goede zorg is. Overigens haalt 'het afvinken van lijstjes' als symboliek voor de bureaucratisering van de zorg ook de media.

Ook lijken factoren in de omgeving een rol te spelen: je kunt je bijvoorbeeld voorstellen dat je een patiënt die in bed ligt wel naar pijn vraagt, maar dat het er *niet van komt om het goed te registreren*, bijvoorbeeld omdat de afstand tussen het bed en de

Stelselwereld versus bedoeling?

Kwaliteits- en patiëntveiligheidsrichtlijnen, kwaliteitsindicatoren, ze zitten op het moment in het verdachtenbankje. Ze staan steeds vaker symbool voor de stelselwereld van regels en bureaucratie. Recent onderzoek (Blume, 2017) bevestigt dit beeld omdat er in de ziekenhuiszorg sprake is van zo'n 1600 externe eisen waaraan moet worden voldoen (waarvan overigens een groot samenhangt met de eisen van verzekeraars). Het is dan ook aannemelijk dat de bestuurbaarheid en uitvoerbaarheid van al deze regels alleen al vanwege het aantal, gering is. Toch kan de complexe zorg van nu niet zonder richtlijnen. Omdat de wetenschap zich zo snel ontwikkelt dat relevante nieuwe kennis niet makkelijk kan worden verworven: richtlijnen van de beroepsgroep zijn ook 'gidsen'. En omdat er steeds meer hulpverleners bij patiënten zijn betrokken, zeker in academische ziekenhuizen. Bovendien, de schadecijfers liegen niet: zorgverleners zijn ook maar mensen, ze vergissen zich, raken afgeleid, maken fouten. Zij en hun patiënten hebben de pech dat hun fouten zware gevolgen kunnen hebben. Kortom, de kritiek op een overmaat aan regels is terecht maar richtlijnen en kwaliteitsnormen blijven relevant. Als steun voor het klinisch handelen van professionals maar ook als vormgeving van de legitieme eisen die de samenleving stelt aan de zorg. Zie ook:

http://www.nfu.nl/img/pdf/Proefschrift_Louise_Blume_-_Tools_or_Rules.pdf

groot is en tussentijdse afleiding waarschijnlijk wordt. Verpleegkundigen geven namelijk aan de pijnscreening soms 'te vergeten' en mogelijk is dit een oorzaak. Dit is een ook probleem omdat alleen geregistreerde zorg meetelt in de performancecijfers.

Daarnaast lijken verpleegkundigen het *niet eens met de screeningsmethode*, maken ze melding van *ingewikkelde registratie-eisen* en *tijdgebrek*.

Tenslotte komt ook de *houding van sommige operationele leidinggevend*en uit het vooronderzoek naar voren: sommigen uiten zich negatief over de screenings waarmee aannemelijk wordt dat zij een negatieve invloed op de uitvoering zouden kunnen hebben.

De praktijkfactoren werden voorlopig ingedeeld in drie categorieën factoren:

- individuele factoren (factoren 'in' de verpleegkundige zelf)
- contextuele/externe factoren (factoren buiten de verpleegkundige die door haar waargenomen en beoordeeld kunnen worden)
- factoren die te maken hebben met de kenmerken van de richtlijn of kwaliteitsnorm.

Acht 'praktijkfactoren' zijn opgenomen in het onderzoek, en in de rechterkolom van afbeelding 1 al enigszins geherformuleerd op grond van een eerste scan van theorieën.

4. Uitvoeren van richtlijnen als besluit van de verpleegkundige

Het al dan niet uitvoeren van richtlijnen en werkmethode, kan worden beschouwd als een individuele beslissing van professionals (Godin, Belanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw, 2008). En volgens de Theorie of Planned Behavior, hierna TPB, (Ajzen I., 1991) komen individuele besluiten tot gedrag(sverandering) tot stand onder invloed van drie determinanten die hieronder kort worden getypeerd:

- **Attitude:**

Gevormd door de inschatting van de uitkomsten van het gevraagde gedrag (uitkomstverwachtingen, voordelen, risico's). Wat gaat de pijnscreening de verpleegkundige wel of niet opleveren?;

- **Subjectieve norm:**

Gevormd door de invloed van belangrijke anderen, zoals directe collega's en leidinggevend. Wat is de inschatting van de verpleegkundige: keuren haar collega's en leidinggevend de pijnscreening goed?

- **Gedragcontrole:**

Hoe beoordeelt de verpleegkundige de uitvoerbaarheid van de pijnscreening, in een specifieke situatie? Het kan hier gaan om de taak zelf (moeilijk, makkelijk?), de context, de inschatting van de eigen competenties en de beschikbaarheid van middelen om het gedrag uit te kunnen voeren.

De drie determinanten zijn kort door de bocht te duiden als het *willen, moeten en kunnen veranderen* (Metselaar, Cozijnsen, & Van Delft, 2011). Ze beïnvloeden de *intentie of bereidheid* om bepaald gedrag uit te voeren. En deze *gedragsintentie* voorspelt of het gedrag daadwerkelijk zal worden uitgevoerd. (Ajzen I., 1991) (Ajzen I., 2005). Hoe negatiever de inschatting van de *uitkomsten en voordelen* (attitude), de *opvattingen en normen* van bijvoorbeeld collega's (subjectieve norm) en de *uitvoerbaarheid* (gedragcontrole), hoe lager de bereidheid zal zijn om de pijnscreening uit te voeren. En andersom, hoe positiever, hoe sterker de intentie om het gedrag uit te voeren.

Op de Theorie of Planned Behavior is veel kritiek mogelijk. Denk alleen al aan de opvatting verwoord door Weick dat de *werkelijkheid achteraf wordt geconstrueerd* en dat mensen *niet zo rationeel besluiten* nemen als TPB veronderstelt (Caluwe & Vermaak, 2014). Toch blijkt uit veel onderzoek dat TPB een goede voorspeller is van gedrag, ook het gedrag van zorgprofessionals (Godin, Belanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw, 2008), vooral als het (nieuwe gedrag) concreet kan worden omschreven. En dat is bij de pijnscreening het geval (zie paragraaf 2). Bovendien heeft Ajzen veel kritiek goed gepareerd in de tweede editie van zijn boek (Ajzen I., 2005). Vanuit het belang van theoretische triangulatie, werden ook de sociaal cognitieve theorie (SCT) (Bandura, 1997) en de zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000) gebruikt, vooral bij de theoretisch onderbouwing van de praktijkfactoren.

Afbeelding 1 Waarnemingen en reactiepatronen en mogelijke belemmerende factoren

Reactiepatroon/waarnemingen	Mogelijk betrokken gedragsbeïnvloedende factoren
'Afvinken van lijstjes'/beperking van individuele professionaliteit.	1) Professionele autonomie, (belemmerende) professionele overtuigingen individuele factoren
Nut en belang van pijnscreening worden betwist/ Niet eens met screeningsmethode	2) Voordeel PS (wordt niet gezien) 3) Oneens met werkmethode Individuele factoren
'Vergeten te screenen'	4) Passendheid taak registratie past niet in bestaande routines (pendelen tussen bed en computer) Aard van de richtlijn/verandering
Registratie in systeem is te ingewikkeld	5) Complexe registratie/automatisering, contextuele/externe factor: situaties waarin het moeilijk is beoogd gedrag te vertonen;-Passendheid taak/fysiek comfort: registratie past niet in bestaande routines Aard van de richtlijn/verandering
Geen tijd voor screenen	6) Tijdsdruk Contextuele/externe factor/niet kunnen (situaties waarin het moeilijk is beoogd gedrag te vertonen)
Gedrag en houding leiding.	7) Steun/voorbeeldgedrag leiding Contextuele (sociale) factor
Eisen/ervaren regeldruk	8) Administratieve last Contextuele/externe factor/niet kunnen (situaties waarin het moeilijk is beoogd gedrag te vertonen)

4.1. Relevantie van de veranderfase: de uitvoering van de pijscreening was niet nieuw

De pijscreening is al jaren geleden uitgevoerd. De gedragsverandering is dus niet nieuw, hij zit in de uitvoeringsfase. En onderzoek wijst uit dat *uitkomstverwachtingen en waargenomen voordelen* (attitude) dan geen goede voorspeller van de gedragsintentie meer zijn (Schwarzer, 2014). Immers, de verpleegkundige in het ziekenhuis heeft al ervaring met de pijscreening. Grote kans dus dat zij haar 'mening' al heeft gevormd. Volgens Schwarzer zou daarom doorzettingsvermogen in de uitvoeringsfase van een verandering een betere voorspeller van gedrag zijn, dan de uitkomstverwachting (Schwarzer, 2014). Vandaar dat er, ter controle, een vierde determinant aan het onderzoek werd toegevoegd waarmee onder andere doorzettingsvermogen en het omgaan met tegenslag kon worden gemeten: self efficacy (Bandura, 1997). Self efficacy is de inschatting van de eigen competentie, kennis en vaardigheid om het gedrag uit te kunnen voeren, in een bepaalde situatie. De conceptuele bezwaren tegen de toevoeging van een determinant in TPB (Ajzen I. , 2016), zijn in de onderzoeksopzet weggenomen. Ook werd het probleem opgelost dat self efficacy door Ajzen als synoniem voor gedragscontrole wordt gebruikt (maar het wordt anders gemeten) (Ajzen I. , 2016). De toevoeging van de vierde determinant betekende bovendien dat de uitvoering van richtlijnen niet alleen als een besluitvormingsproces (TPB) (Ajzen I. , 1991) maar mogelijk ook, volgens de sociaal cognitieve theorie van Bandura als een leerproces (Bandura, 1997) wordt opgevat.

4.2. Zijn de praktijkfactoren onderdeel van attitude, subjectieve norm en gedragscontrole?

Een van de eerste vragen in het onderzoek was of de 8 praktijkfactoren die in het ziekenhuis aan de oppervlakte waren gekomen, inderdaad konden worden beschouwd als elementen of dimensies van attitude, subjectieve norm en gedragscontrole.

Na theoretisch onderzoek naar de concepten, bleek dit in de meeste gevallen mogelijk. Wel was herdefiniëring van de factoren nodig. Belangrijk voor de conceptuele samenhang was dat de factoren als overtuiging van verpleegkundige konden worden gemeenten (Ajzen I. , 2016). In afbeelding 3 is de theoretische ordening van de factoren binnen de vier determinanten opgenomen.

Intrinsieke factoren

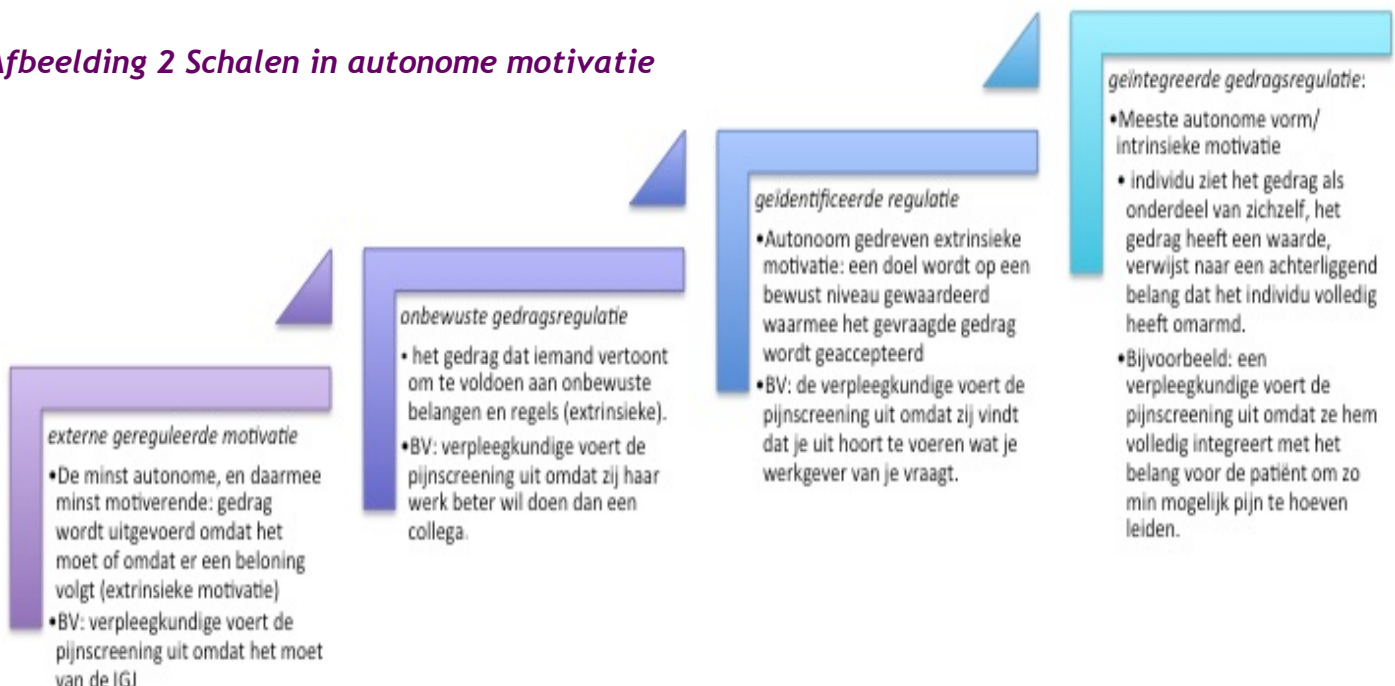
Er kwamen uit het literatuuronderzoek ook factoren bij: want bepaalde factoren horen, intrinsiek, in een theorie thuis en moeten daarom meegenomen worden in het onderzoek. Langs deze weg werd het belang geconstateerd van diverse soorten voordelen die eerder zijn geïdentificeerd in onderzoek naar veranderbereidheid (Metselaar, Cozijnsen, & Van Delft, 2011) en de aanwezigheid van een rolmodel en de rol van (performance) feedback (Bandura, 1997). Overigens was het categoriseren van performance feedback ingewikkeld: Bandura volgend, zou het gaan om een aspect van gedragscontrole. Maar doordat de feedback in het ziekenhuis door leidinggevenden wordt gegeven, zou het om een aspect van de sociale norm kunnen gaan. Uiteindelijk bleek in de factoranalyse dat het in dit onderzoek gemeten moest worden als aspect van de subjectieve norm.

Overtuigingen over professionele autonomie en autonome motivatie

'Het afvinken van lijstjes' duidt op het belang van professionele autonomie. Deze is geworteld in professionele overtuigingen en kan worden opgevat als autonome motivatie (Loon & Noordegraaf, 2014). Het individu handelt omdat hij het zelf wil, zonder dat een ander hem het handelen oplegt. Overigens mogen verpleegkundigen als naar autonomie strevende professional worden (Loon & Noordegraaf, 2014) beschouwd.

Autonomie is een begrip uit de zelf determinatietheorie van Deci en Ryan die drie universele basisbehoeften van mensen beschrijven: *autonomy, relatedness en competence* (Deci & Ryan, 2000) (Loon & Noordegraaf, 2014).

Afbeelding 2 Schalen in autonome motivatie



Hoe meer een professional het gevoel heeft a) zijn werk goed uit te kunnen voeren ('competence', door Deci & Ryan analoog aan TBP en SCT gedefinieerd als self efficacy), b) zich verbonden voelt met zijn sociale omgeving en het doel van het werk, en c) autonomie ervaart in de inrichting en uitvoering van zijn werk, hoe gemotiveerder hij/zij is om het werk uit te voeren, en andersom (Loon & Noordegraaf, 2014).

Gezien de worteling van autonome motivatie in professionele overtuigingen, is het verdedigbaar om overtuigingen die ten grondslag liggen aan autonome motivatie, als relevantie dimensies van attitude te beschouwen. De overtuigingen zijn uiteindelijk gemeten als *overtuigingen* van verpleegkundigen over de mate van vrijwilligheid en de ervaren verplichting. Om de gradaties daarin te kunnen meten is de schaal voor autonome motivatie gebruikt, afgeleid van de zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000) (Schlundt Bodien, 2014). De veronderstelling: de gedragsintentie is positiever naarmate de *ervaren vrijwilligheid* hoger is. Zie afbeelding 2 op pagina 5.

Andere professionele overtuigingen

Een ander aspect van de professionele overtuiging is de vraag of de verpleegkundige van mening is dat de pijnscreening een goede werkmethode is. Dat *wel of niet het eens zijn* met een richtlijn een factor van belang kan zijn, blijkt uit onderzoek naar de implementatie van richtlijnen (Grol & Wensing, 2004). Ook speelt mogelijk wat Roger *compatibiliteit* noemt, een *kenmerk van de beoogde verandering*: de mate waarin de werkmethode aansluit bij de waarden en normen van het individu (Kerkhof, 1998). De andere praktijkfactoren, daarbij ging het soms om *externe factoren* en soms om *kenmerken van de kwaliteitsnorm zelf*, konden op grond van Ajzen worden beschouwd als: a) voordeel (tijdsbesparing); b) element van gedragscontrole zoals tijdsdruk/tijdgebrek,

of c) aspect van de subjectieve norm (uiteindelijk gemeten als de aanwezigheid van een rolmodel, de goed- of afkeuring van directe collega's en leiding en de invloed van performance feedback).

4.3. Methoden

Een digitale enquête (46 vragen; 5 punts Likert-schaal) is uitgezet onder 11 verpleegafdelingen en 407 verpleegkundigen in een academisch ziekenhuis. Met 107 bruikbare enquêtes was er een netto respons van 26,6%. Met Cronbachs Alpha is vastgesteld dat het model betrouwbaar was, met een factoranalyse werd de interne consistentie getoetst en verbeterd. Conclusie: de gebruikte schalen per determinant hangen intern samenhangen en meten hetzelfde concept. Het onderzoek is verder uitgevoerd met twee correlatieanalyses en een regressieanalyse. Ondanks de betrouwbaarheid van het model, kent de enquête validiteitsproblemen. Bijna alle respondenten geven aan:

- de pijnscreening altijd uit te voeren zoals bedoeld (4,75 bij standaarddeviatie van 0,52),
- bereid te zijn tot uitvoering van de pijnscreening (4,1 ; standaarddeviatie 0,86)
- goede ervaringen te hebben met de uitvoering van de pijnscreening (3,69 ; standaarddeviatie 0,72) (relevant omdat goede ervaringen een goede voorspeler zijn van gedrag (Ajzen I. , 2005)
- positieve emoties te ervaren in relatie tot de pijnscreening. (3,56; standaarddeviatie 0,76).

Deze uitkomsten zijn 'too good to be true' en beperken de analysemogelijkheden: er is namelijk geen uitspraak mogelijk over factoren die samenhangen met een *lage bereidheid* om de pijnscreening uit te voeren. Het wijst op sociale wenselijkheid of selectiebias: misschien deden vooral verpleegkundigen die positief zijn over de pijnscreening mee aan het onderzoek?

Afbeelding 3 Onderzoeksontwerp



Het onderzoek is uitgevoerd op twee niveaus:

- onderzoek op het niveau van de *determinanten*: hoe hangen de determinanten attitude, subjectieve norm, gedragscontrole, self efficacy, samen met de bereidheid de pijscreening uit te voeren?
 - de samenstelling van de determinanten: hoe hangen de meetbare items per determinant, oftewel de te meten praktijkfactoren, samen met de bereidheid de pijscreening uit te voeren?
- ⇒ de samenstelling van de determinanten is gebaseerd op de validering van de praktijkfactoren, aangevuld met factoren die de geraadpleegde theorieën aanreiken.
- ⇒ De factoren zijn in de enquête opgesplitst in 46 meetbare items, deel ontleend aan gevalideerde testen (Dinamo en Self Efficacy Scale) en verder samengesteld met behulp van Ajzens voorbeeldquestionnaire en instructies in de community voor TPB-onderzoekers (Ajzen I. , 2016)

5. Resultaten

De resultaten laten zien dat alleen de determinant attitude een relatief sterke correlatie heeft met de bereidheid van verpleegkundigen om de pijscreening (alsnog) uit te voeren. De andere determinanten lieten wel correlaties met bereidheid zien maar deze waren negatief, verwaarloosbaar of niet significant (zie afbeelding 4).

De vervolgvraag is natuurlijk of er ook sprake is van samenhang. Kunnen de determinanten de bereidheid ook verklaren? Uit de uitgevoerde *regressieanalyse* blijkt dat attitude de enige determinant is die de bereidheid kan verklaren: er is sprake van een standardized beta van 0.637. Dit betekent dat als attitude met 1 omhoog gaat, de bereidheid met 0.637 omhoog gaat. De andere determinant lieten geen noemenswaardig verband zien. In dit onderzoek kan daarom alleen een positieve attitude de (hoge) bereidheid tot de uitvoering van de pijscreening verklaren.

5.2. Welke overtuigingen, uitkomstverwachtingen, voordelen spelen een rol?

Omdat attitude de enige verklarende determinant is, heeft het weinig betekenis om de andere determinanten nader te bekijken, ook al vertoonden *alle meetbare items een correlatie* met de bereidheid van verpleegkundigen. Kijkend naar die attitude, welke overtuigingen, uitkomstverwachtingen en voordelen spelen een rol binnen de determinant? Daarvoor zijn alleen correlaties onderzocht dus voorzichtigheid is geboden. Het lijkt erop dat binnen de attitude *professionele overtuigingen, autonomie-overtuigingen* en een *aantal gepercipieerde voordelen* de belangrijkste rol spelen. Zie voor een overzicht van de belangrijkste correlaties afbeelding 5 en 6.

Professionele overtuigingen

Uit afbeelding 5 blijkt dat de geschiktheid van de werkmethode pijscreening en de ingeschatte meerwaarde ervan voor patiënten belangrijke indicatoren zijn voor de bereidheid om de pijscreening uit te voeren. Ook de mate waarin de verpleegkundige aangeeft dat de methode aansluit op haar professionele waarden en normen, is een redelijk sterke voorspeller.

Autonomie overtuigingen

De metingen van de autonomie-overtuigingen laten zien dat verpleegkundigen de pijscreening vooral uitvoeren omdat ze vinden dat ze zich daarmee een goed verpleegkundige tonen (identified regulation). Ze onderkennen bewust dat de pijnsscreening bij het vak hoort en voeren hem daarom uit. Het gaat hier om een aspect van extrinsieke motivatie (zie afbeelding 2). Ook blijkt duidelijk dat de meeste verpleegkundigen de pijscreening ook zouden uitvoeren als hij niet verplicht was. Dat onderstreept toch ook een element van vrijwilligheid in deze bewuste keuze. De pijscreening lijkt niet te worden uitgevoerd omdat hij verplicht is door het ziekenhuis en de IGJ maar de negatieve correlaties zijn verder niet onderzocht.

De *geïdentificeerde regulatie* voorspelt de bereidheid waarschijnlijk net iets beter dan de volledige intrinsieke overtuiging dat het goed is voor patiënten om pijn te screenen. Maar nogmaals, het gaat om correlaties. En de autonomie-overtuigingen zijn enkelvoudig en ook ongevalideerd gemeten. We weten uit de resultaten alleen dat het construct attitude is gemeten. Voorzichtigheid is ook hier weer geboden.

Afbeelding 4 Correlaties bereidheid en attitude, gedragscontrole, subjectieve norm, self efficacy

	Attitude	gedragscontrole	Self efficacy	Subjectieve norm
Bereidheid	.644**	-,187*	,260**	,014 Niet significant

Afbeelding 5 correlaties van professionele overtuigingen met bereidheid

Professionele overtuigingen	items	Correlatie met bereidheid
	Pijscreening is geschikte methode	+.583
	Methode draagt bij aan prof behandeling	+.605
Comptabiliteit	Aansluiting professionele waarden en normen	+.615

Afbeelding 6 Correlaties tussen aspecten van autonomie-overtuigingen en bereidheid

Overtuigingen autonomie	items	Correlatie met bereidheid
Extern gereguleerd	Ik voer uit omdat ps verplicht is	-,318
Extern gereguleerd	Voer uit, moet van IGZ	-, 271
Onbewust gereguleerd	Ik voer ps uit, want het ziekenhuis verwacht het	-, 290
Identified regulation	Met uitvoering ps, toon mij goed verpleegkundige	+,561
Geïntegreerd	Ik voer ps vrijwillig uit/geloof dat ps goed is voor patiënt	+,477

Afbeelding 7 correlaties van gepercipieerde voordelen en bereidheid

Voordelen	items	Correlatie met bereidheid
	ps draagt bij aan verantwoordelijkheid in werk	+,439
	ps draagt bij aan kwaliteit van het werk	+,551
	ps draagt bij aan tevredenheid met het werk	+,460
	ps. draagt bij aan waardering patiënt	+,477
	ps draagt bij aan kwaliteit van de geleverde zorg	+,515
	ps draagt bij aan tevredenheid medewerkers	+,405
	ps draagt bij aan tevredenheid patiënten	+,475

Voordelen

In afbeelding 7 zijn de gepercipieerde voordelen van de pijnscreening opgenomen die correleren met de bereidheid om de pijnscreening uit te voeren. Vooral de *kwaliteit van de zorg*, de *kwaliteit van het werk* en in mindere mate de *waardering en tevredenheid van patiënten*, zijn indicatoren voor de bereidheid om de pijnscreening uit te voeren. Andere gemeten voordelen, laten hele matige of negatieve verbanden zien.

6. Conclusies

Een aantal verwachtingen leek gerechtvaardigd. De verwachting was, gezien de veranderfase, dat self efficacy (doorzettingsvermogen ea) een sterkere rol zou spelen dan de uitkomstverwachtingen en voordelen (attitude). Op grond van de praktijkfactoren leek gedragscontrole een sterke rol te spelen: de klachten over de complexe registratie van de pijnscreeningen bijvoorbeeld, worden sterk geventileerd in het ziekenhuis. Persoonlijk dacht ik ook dat binnen gedragscontrole *fysiek comfort* een sterke rol zou spelen: het leek mij logisch dat verpleegkundigen worden afgeleid in het pendelen tussen het bed van de patiënt, daar voeren ze de screening vaak uit, en de computer waar ze de screening registreren. De resultaten bevestigen de verwachtingen niet. De verwachting op grond van Deci & Ryan dat de gedragsintentie positiever is naarmate de ervaren vrijwilligheid en persoonlijke overtuiging hoger zijn, is deels we bevestigd, al liet de hoogste vorm van autonomie niet de sterkste correlatie zien.

Conclusie 1

In dit onderzoek kan alleen attitude de hoge bereidheid tot de uitvoering van de pijnscreening verklaren.

Enerzijds is deze conclusie zo weinig verrassend dat het bijna teleurstellend is: verpleegkundigen voeren de pijnscreening uit omdat zij dit willen. Als ze overtuigd zijn van *nut en waarde van de werkmethode*, als ze voordelen zien voor de *kwaliteit van de geleverde zorg* en voor de *kwaliteit van hun werk* zijn ze bereid tot uitvoering. Ook is de mate waarin de pijnscreening aansluit bij hun professionele waarden en normen een factor van belang. Gerelateerd aan de gevonden de praktijkfactoren betekent het dat vooral 'het eens zijn met de pijnsscreening' en 'het zien van voordelen van de pijnscreening' zwaar wegen.

Verder voeren ze de pijnscreening waarschijnlijk uit omdat het verpleegkundige vak hoort: het lijkt erop dat verpleegkundigen het uitvoeren van de screening extrinsiek gemotiveerd doen, maar wel met een bewuste erkenning van het belang ervan. Ze lijken daarmee vooral extrinsiek gemotiveerd om de pijnscreening uit te voeren. Dat zou deels kunnen verklaren waarom ze er wel over klagen maar toch een hoge bereidheid tonen om de pijnscreening uit te voeren.

Anderzijds is het toch verrassend dat al die andere factoren, de subjectieve norm, gedragscontrole en self efficacy, *geen rol van betekenis* spelen. Terwijl de theorie en de praktijk daar toch sterke aanwijzingen voor geven. Al die zaken die in de praktijk te horen zijn - de pijnscreening kost teveel tijd, de registratie is te moeilijk, de administratieve last is te hoog - kunnen op grond van dit onderzoek niet worden aangewezen als belemmerende factoren. Ook de sociale omgeving lijkt geen rol te spelen. Als het gaat om de invloed van leidinggevend, directe collega's of de aanwezigheid van een rolmodel, zijn er correlaties maar ze zijn zwak of negatief. Hetzelfde geldt voor self efficacy: de correlaties zijn er, maar ze zijn te matig om als aanwijzing te kunnen worden opgevat.

Verpleegkundige tonen in dit onderzoek een zeer hoge bereidheid om de pijscreening uit te voeren. Waarschijnlijk kan dit worden verklaard vanuit selectie bias en mogelijk ook sociale wenselijkheid. Er wordt immers al jaren gestuurd op de goed uitvoering: durf je nog wel toe te geven dat je het niks vindt? De uitkomsten moeten daarom zeer voorzichtig worden geïnterpreteerd. Bovendien beperkt de hoge bereidheid de analysemogelijkheden: zo kon niet worden gekeken naar het verband tussen de factoren en een *lage bereidheid* omdat er te weinig respondenten waren met een lage bereidheid.

Conclusie 2

Dit onderzoek kan de matige en wisselende performance op het gebied van de pijscreening niet verklaren. Verpleegkundigen geven in grote meerderheid aan de pijscreening uit te voeren zoals bedoeld en laten ook een hoge bereidheid zien de pijscreening uit te voeren.

Conclusie 3

De voorzichtige conclusie is dat *attitude* de weg lijkt waarlangs de verbetering van de uitvoering van de pijscreening kan worden bereikt. Mogelijk geldt dit ook voor de andere risicoscreeningen (ondervoeding, vallen, delier, decubitus) en zorgrichtlijnen. Beïnvloed de attitude en je beïnvloedt de bereidheid om een screening uit te voeren, dat is wat dit onderzoek suggereert. De slaagfactoren binnen deze determinant lijken te zijn:

Uitkomstverwachtingen en waargenomen kenmerken van de richtlijn/werkmethode (beoogde verandering)

- de waargenomen toegevoegde waarde voor de behandeling;
- de mate waarin de screening als een goede werkmethode wordt gezien;
- de gepercipieerde voordelen van de screening ten aanzien van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van het werk;
- de mate waarin de screening aansluit bij de waarden en normen van de verpleegkundige;

Autonomie-overtuigingen

- de mate waarin de verpleegkundige zich professioneel identificeert met de richtlijn, dat wil zeggen het belang van de richtlijn bewust onderkent, en deze daarom, in vrijwilligheid, uitvoert.

De bereidheid van verpleegkundige om de pijscreening uit te voeren is hoog. Kritische noot moet zijn dat er, op grond van dit onderzoek, weinig winst te verwachten is van extra interventies.

7. Aanbeveling

Interventies gericht op verbetering van de uitvoering van screeningen, en mogelijk ook andere richtlijnen, moeten, zo suggereert dit onderzoek, worden gericht op de beïnvloeding van de attitude van verpleegkundigen. De genoemde slaagfactoren leveren daarvoor aanwijzingen. Zo kan gedacht worden aan een sterke onderbouwing van nut en waarde van de pijscreening en het

benadrukken van de voordelen. Daarnaast kan worden geappelleerd aan de waarden en normen van verpleegkundigen en kan een appel worden gedaan op de professionele identiteit: screeningen horen gewoon bij het verpleegkundige vak. Het beïnvloeden van de sociale omgeving, het wegnemen van belemmeringen in de omgeving of het verhogen van competenties en self efficacy, lijkt, zo suggereert dit onderzoek althans, weinig zoden aan de dijk te zetten. Althans niet in het academisch ziekenhuis waar dit onderzoek werd uitgevoerd.

8. Discussie

Gezien validiteitsproblemen van de enquête is de vraag of TPB, met zijn zelfverklaarde beantwoording van survey-vragen, wel zo geschikt is om veranderingen die al in uitvoering zijn, te onderzoeken. Overtuigingen zijn al gevormd en zullen onder invloed van processen als cognitieve dissonantie niet snel meer veranderen. De uitkomstverwachtingen en voor- en nadelen zijn al bekend, verpleegkundigen hebben mogelijk al geleerd om te gaan met negatief beïnvloedende factoren in de organisationele context. De context normeert de opvattingen van verpleegkundigen omdat er sterk gehamerd wordt op een correcte uitvoering van de pijscreening.

Een tweede discussiepunt heeft met de opzet van het onderzoek te maken. Alhoewel de uitvoering van de pijscreening op organisatieniveau achterblijft op de norm, ligt de performance nog altijd tussen de 50% en 80% (een enkele afdeling haalt de 90%). Als veel verpleegkundigen de pijscreening *af en toe* niet uitvoeren, of als *een kleine groep verpleegkundigen verantwoordelijk is* voor een matige performance, wordt het performancecijfer op organisatieniveau negatief beïnvloed. Maar dit hoeft niet te sporen met de beleving van de verpleegkundigen. Bijvoorbeeld: de verpleegkundige voert 2 screeningen per dag uit en vergeet er een. De kans is groot dat zij dan vindt dat zij de pijscreening uitvoert zoals bedoeld, terwijl de cijfers op meso-niveau een andere werkelijkheid laten zien.

Het uitgevoerde onderzoek was exploratief van karakter. Om meer valide uitspraken te doen is vervolgonderzoek nodig. Een vervolg zou nadrukkelijker kunnen kijken naar de *belemmerende* factoren en goed en slecht presterende afdelingen met elkaar te vergelijken. Verder zou observatieonderzoek nuttig zijn om beter zicht te krijgen op werkrouines en de omstandigheden waaronder de pijscreening wordt uit gevoerd. Want dat de invloed van de subjectieve norm en gedragscontrole niet is aangetoond in dit onderzoek, wil niet zeggen dat hij er niet is. Gezien de probleemanalyse moet er toch meer aan de hand zijn dan is aangetoond.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn niet generaliseerbaar naar andere ziekenhuis maar mogelijk wel relevant.



Waarom verpleegkundigen de pijnscreening uitvoeren

In dit onderzoek kan alleen een positieve attitude de hoge bereidheid tot de uitvoering van de pijnscreening verklaren. Binnen attitude spelen de gepercipieerde kenmerken van de werkmethode en extrinsieke motivatie de sterkste rol

Overzicht van de gevonden slaagfactoren bij de uitvoering van richtlijnen

Waargenomen kenmerken van de richtlijn/werkmethode

- de waargenomen toegevoegde waarde voor de behandeling;
- de mate waarin de screening als een goede werkmethode wordt gezien;
- de gepercipieerde voordelen van de screening ten aanzien van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van het werk;
- de mate waarin de screening aansluit bij de waarden en normen van de verpleegkundige;

Overtuigingen van autonome motivatie

- de mate waarin de verpleegkundige zich professioneel identificeert met de richtlijn, dat wil zeggen het belang van de richtlijn bewust onderkent, en deze daarom, extrinsiek gemotiveerd maar wel in vrijwilligheid, uitvoert.

Dit onderzoek is uitgevoerd in een academisch ziekenhuis in de periode april 2016 t/m juni 2017

Voor meer informatie

Nancy van der Vin

nancy@filtercommunicatie.nl

M: 06 22 54 73 86

Geciteerde werken

- Ajzen, I. (2005). Attitudes, Personality and behavior.
- Ajzen, I. (2016, december 16). *Constructing a Theory of Planned Behavior Questionair*. Opgeroepen op mei 23, 2017, van <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.questionair>
- Ajzen, I. (2016, december 16). *Frequently Asked Questions Theory of Planned behavior*. Opgeroepen op mei 23, 2017, van Onbekend: <http://people.umass.edu/aizen/factxt.html>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. In *Organizational Behavior and Human Decision Processes* (pp. 179-211). Amherst: Academic Press Inc.
- Bandura, A. (1997). The Exercise of Control. New York: W.H Freeman and Company .
- Caluwe, d. L., & Vermaak, H. (2014). Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige. Deventer: Vakmedianet.
- Deci, L., & Ryan, M. (2000). The What an Why of Goal Pursuits; Human Needs and the Self Determination of Behavior. *Psychological Inquiry* , 11 (4), 227-268.
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. . *Implementation Science* , 3 (16).
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives Change? Barriers to and Incentives for Achieving Evidence-Based Practices . *MJA* (180).
- Grol, R., & Wensing, M. (2015). Implementatie, Effectieve verbetering van de patientenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kerkhof, M. (1998). *Innovatiekenmerken*. Opgeroepen op oktober 15, 2016, van Management Excecutive: www.managementexcecutive.nl/downloaden/4219/innovatiekenmerken
- Loon, v. N., & Noordegraaf, M. (2014). Professionals onder druk of profesionele tegendruk. *Beleid en Maatschappij* , 41 (3).
- Metselaar, E., Cozijnsen, A. J., & Van Delft, H. A. (2011). Van weerstand naar veranderbereidheid . Holland Business Publications.
- Schwarzer, R. (2014, Mei 30). *Everything you wanted to know about the self efficay scale but was afraid to ask*. Opgeroepen op oktober 1, 2016, van Self efficacy User Page : userpage.fu-berlin.de
- Schlundt Bodien, G. (2014, oktober 8). *Hoe harder je pult, hoe erger het wordt*. Opgeroepen op oktober 23, 2016, van Progressiegerichtwerken.com: www.progressiegerichtwerken.com
- (Schlundt Bodien, Self efficacy en autonoom functioneren, 2016)
- Van der Vin, N. (2015). De pijn van pijnscreening.