

Verpleegkundige aanbevelingen

Hygiëne • Aanprikken • Afdrukken

bij de inwendige vaattoegang van hemodialysepatiënten



Deel 2 – Patiëntenperspectief

- Angst bij aanprikken
- Pijnbeleving
- Het aanprikken vanuit patiëntenperspectief
- De keuze voor een verpleegkundige die aanprijkt als onderdeel van zelfmanagement
- Zelf aanprikken

Inhoudsopgave

1 Angst bij aanprikken.....	3
1.1 Uitgangsvraag	3
1.1.1 Inleiding	3
1.1.2 Samenvatting van de literatuur	3
1.1.3 Overwegingen en discussie.....	6
1.2 Literatuurlijst	7
2 Pijnbeleving.....	8
2.1 Uitgangsvraag	8
2.1.1 Inleiding	8
2.1.2 Samenvatting van de literatuur	9
2.1.3 Overwegingen en discussie.....	10
2.2 Literatuurlijst	11
3 Het aanprikken vanuit patiëntenperspectief.....	12
3.1 Inleiding.....	12
3.2 Samenvatting van de literatuur.....	12
3.3 Overige overwegingen	16
3.4 Literatuurlijst	17
4 De keuze voor een verpleegkundige die aanprikst als onderdeel van zelfmanagement.....	18
4.1 Uitgangsvraag	18
4.1.1 Inleiding	18
4.1.2 Samenvatting van de literatuur	18
4.1.3 Discussie en overwegingen	21
4.2 Literatuurlijst	23
5 Zelf aanprikken	24
5.1 Uitgangsvraag	24
5.1.1 Inleiding	24
5.1.2 Samenvatting uit de literatuur	25
5.1.3 Overwegingen en discussie.....	27
5.2 Literatuurlijst	29
Evidencetabellen	30
Samenvattingskaarten.....	38

1 Angst bij aanprikken

1.1 Uitgangsvraag

Welke interventies verminderen de angst bij het aanprikken?

Zijn er interventies die angst bij aanprikken verminderen?

1.1.1 Inleiding

Dialyse is een intensieve chronische behandeling die een grote impact heeft op het dagelijks leven van patiënten en daarmee op hun kwaliteit van leven. Bovendien is bekend dat veel patiënten bang zijn voor het aanprikken. Verpleegkundigen zien dit dagelijks in de praktijk. Toch is er opmerkelijk weinig onderzoek is gedaan naar prikangst bij de dialysepatiënt.

Angst is iets wat we allemaal kennen. Het maakt deel uit van een normaal proces in ons lichaam; het 'fight or flight' fenomeen. Dit betekent dat het lichaam zichzelf voorbereidt te vechten of zichzelf te beschermen voor een gevaarlijke situatie door deze te ontvluchten. Een verhoogde hartslag, gespannen spieren, verhoogde bloeddruk, wijde pupillen zijn enkele van de symptomen (1).

Hemodialysepatiënten moeten minimaal drie keer per week één of twee keer aangeprikt worden in hun shunt. Angst is een subjectief begrip, wat inhoudt dat ieder mens dezelfde angst anders ervaart, omschrijft en/of beoordeelt. In het verpleegkundig dossier wordt weinig aandacht besteed aan angst. Angst kan door pijn versterkt worden. Experts geloven dat angst voor naalden voor een deel is aangeleerd en ook voor een deel genetisch is bepaald. Er zijn patiënten die een extreme angst voor naalden ontwikkelen. Dan ontstaat er een naaldenfobie (2).

In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) wordt een naaldenfobie omschreven als een specifieke fobie, een psychische aandoening, die ingedeeld is bij de angststoornissen (3).

1.1.2 Samenvatting van de literatuur

Er is zijn een beperkt aantal studies gevonden waarbij angst wordt gemeten. De gemeten angst wordt op een numerieke schaal (NRS) van 1 tot 10 aangegeven, of op een visueel analoge schaal aangegeven (VAS).

In een lokale pilotstudie constateert Mulder dat 20 van de 48 dialysepatiënten bang zijn voor prikken. Het onderzoek vond plaats in een ziekenhuis waar dialysepatiënten 3 per week werden aangeprikt door een verpleegkundige. Het ging om patiënten die geen ernstige

Verpleegkundige aanbevelingen

psychiatrische, of neurologische aandoeningen hadden en goed in staat waren twee verschillende vragenlijsten in te vullen. De eerste vragenlijst was de Hospital Anxiety en Depression Scale (HADS) en de tweede lijst was een aangepaste versie van de Diabetes Angst voor Injectie en Self-Testing Vragenlijst (The Diabetes Fear of Injection and Self-Testing Questionnaire: de D-FIQ).

Mulder heeft vervolgens een screeningsinstrument ontwikkeld om angst voor het aanprikken bij dialysepatiënten te beoordelen. Het doel van haar studie was om de vragenlijst 'Dialysis Fear of Injection Questionnaire (DFIQ)' te valideren en verpleegkundigen een screeningsinstrument in handen te geven dat ze kunnen gebruiken om angst voor het aanprikken van de shunt bij dialysepatiënten te beoordelen. Daarnaast wilde ze weten of het de moeite waard was om een patiënt met aanprikangst door te verwijzen naar een medisch psycholoog of maatschappelijk werker voor behandeling.

In totaal namen 104 patiënten deel aan de studie en werd 83% van de patiënten tot aan het eind gevolgd. Alle gegevens werden verzameld van januari 2008 tot maart 2010. In het diagnosegesprek werden de patiënten ondervraagd over hun angst voor injecties, andere angststoornissen en depressieve symptomen. De medisch psycholoog was van tevoren niet op de hoogte van de resultaten van de vragenlijst. De medisch psycholoog diagnosticeerde of er sprake was van angst voor injectie, algemene angst en/of depressieve symptomen op basis van het interview.

Het uiteindelijke resultaat van de studie is dat DFIQ een goede voorspeller blijkt te zijn om de angst voor het aanprikken te kunnen beoordelen (4).

Conclusie Niveau 3	Het gebruik van een screeningsinstrument geeft inzicht of en hoeveel angst er bij het aanprikken van de shunt wordt ervaren door de dialysepatiënt. c Mulder 2013
-----------------------	--

Relax Guided Imagery (RGI) is een handige en eenvoudige ontspanningstechniek, die helpt om de stress en spanning te verminderen in het lichaam. Vanuit andere vakgebieden zoals de oncologie, psychologie, cardiologie en chirurgische wondgenezing zijn er onderzoeken bekend naar RGI. Eén van de grote voordelen van het gebruik van RGI als therapeutisch hulpmiddel is de beschikbaarheid ervan. RGI is een techniek die iedereen kan leren. De patiënt start met diepe ademhalingen en concentreert zich op een veilige en/of ontspannen situatie. Het vergt wat oefening om deze vaardigheid aan te leren. Maatschappelijk werk

Verpleegkundige aanbevelingen

op een dialyseafdeling kan hierbij een ondersteunende rol vervullen. Sommige ziekenhuizen zenden beelden uit van ontspanningsoefeningen via het eigen televisiekanaal (5) (6).

Nap bepleit acceptatie van het feit dat niet iedereen even vaardig is in het aanprikken. De inzet van echo en het nemen van meer tijd om bijvoorbeeld met twee verpleegkundigen aan te prikken blijkt in dit onderzoek een reductie van het aantal mispuncties te geven. Dit komt ook ten goede aan de patiënten die een hoge mate van angst ervaren voor het aanprikken (7).

In een case-report beschrijft Fernandes hoe een patiënt met naaldenfobie driemaal in een één uur durende sessie wordt behandeld. De angst en lichamelijke klachten namen zodanig af dat de patiënt tijdens hemodialyse kon worden aangeprikt. De patiënt gaf de mate van discomfort aan bij tien items, waarbij o.a. de hartslag, de O²-saturatie en de bloeddruk werd gemeten. Uiteindelijk werd er met naalden met beschermkapje over de huid bewogen. Na de derde sessie kon de patiënt succesvol zonder extreme angst en/of pijn worden aangeprikt (8).

Herinneringen aan pijnlijke aanprikprocedures verhogen het ervaren van angst. Forsner heeft onderzoek gedaan bij kinderen tot 12 jaar, waarbij door middel van een venapunctie bloed moest worden afgenomen. De helft van de kinderen kreeg het advies om tijdens het prikken aan iets leuks te denken en zij kregen ontspanningsoefeningen. Bij de andere groep vond er verder geen interventie plaats. Beide groepen kregen wel een uur van tevoren een Emla-pleister opgeplakt. Het gebruik van cognitief gedragsmatige technieken, in combinatie met lokale pijnstillers, hebben in dat onderzoek laten zien dat deze effectief zijn in het verminderen van de angstervaring en het voorkomen van negatieve pijnervaringen tijdens invasieve procedures (9).

Zelfcannulatie is een methode die de angst voor het aanprikken vermindert. Belangrijke motivatie in het onderzoek om zelf aan te prikken was de mogelijkheid tot thuisdialyse of het verlangen naar meer zelfzorg. De angst om zelf aan te prikken kon soms overwonnen worden door gesprekken met andere patiënten. Patiënten die zichzelf aanprikten rapporteerden meer controle, minder angst/pijn (10).

Conclusie Niveau 3	De werkgroep concludeert dat er verschillende interventies bestaan die de angst voor het aanprikken kunnen verminderen, zoals lokale analgetica in combinatie met ontspanningsoefeningen, gebruik maken van echoapparaat, meer tijd, zelfcannulatie en bij een naaldenfobie: desensibilisatietherapie. d Valdez 2005, d Fernandes 2003, d Forsner 2009
-----------------------	---

1.1.3 Overwegingen en discussie

In de meeste dialysecentra wordt geen angstregistratie bijgehouden. Dit zou wel moeten om inzicht te krijgen in de angstbeleving van dialysepatiënten bij het aanprikken van de arterioveneuze shunt in Nederland. Uiteraard is de angstbeleving een subjectieve waarneming. De VAS- en de NRS-score zijn beide een goed gevalideerd hulpmiddel hiervoor. Van de vragenlijst, de DFIQ, van Mulder staat niet vast of die voor een breder publiek beschikbaar is.

Tevens zal er op non-verbale reacties gelet moeten worden (3).

Uiteraard gaat het de dialyseverpleegkundige tijd kosten om de angstscore af te nemen. Als duidelijk is hoeveel angst een patiënt ervaart, kan, in een protocol dat het proces beschrijft, vastgelegd worden welke interventies erop zouden moeten volgen. Nu bepaalt willekeur of een patiënt bijvoorbeeld lokale verdoving krijgt. Wanneer de VAS-score een regulier onderdeel van het aanprikken wordt, kan dit probleem serieus aangepakt worden. Angst voor naalden wordt vaak pas in een laat stadium ontdekt, namelijk op het moment dat de patiënt in hemodialyse komt en er geprikt moet worden. Het is niet duidelijk of er patiënten zijn die om die reden besluiten geen dialysebehandeling te ondergaan. Wanneer de angst voor het aanprikken eerder ter sprake komt, kan de patiënt met een naaldenfobie tijdig psychische hulp krijgen. De kwaliteit van leven zal toenemen bij vermindering van angst voor het aanprikken.

Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat angst gemeten dient te worden door middel van een gevalideerd meetinstrument, zoals de VAS of NRS.
-------------	---

Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat bij een gemeten angst ≥ 4 er een interventie dient te volgen. Daarnaast is de werkgroep van mening dat er een follow-up dient plaats te vinden tot een score van < 4 bereikt is.
-------------	---

Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat er meer onderzoek moet komen naar interventies, zoals cryotherapie.
-------------	--

1.2 Literatuurlijst

1. De pijnbeleving en de angstproblematiek bij het aanprikken van een arterioveneuze fistel bij een hemodialysepatiënt. Seegers. Orpath PDF p18 t/m 28
2. Editor, Allpsych. Karakteristieken van angst. [Online] 2009. <http://allpsych.com/disorders/anxiety/>.
3. Psychiatrische aandoeningen. [Online] juni 2015. <https://www.psychiatry.org/>.
4. Validation of a screening instrument for the fear of injection in dialysis patients. Mulder, M. 2013, Journal of Renal Care.
5. A Sticky Situation: Patiënten' Rights and Options Regarding Cannulation in Hemodialysis. Valdez. 2005, vanuit een snowbal; website.
6. Nursing. 2009.
7. Onderzoek naar de pijnbeleving en de angst bij het aanprikken van een shunt. Nap, D. 2005, Info Magazine LVDT nr.4. pag 47 tm 49
8. Psychosomatics 44:3 Rapid Desensitization for Needle Phobia. Fernandes. 2003, May-June.
9. Relaxation and guided imagery used with 12-year-olds during venipuncture in a school-based screening study. Forsner. 2009, Journal of Healthcare.
10. A positive Outlook for Vascular Access Self-Cannulation. Doss. Nephrology Nursing Journal march-april , 2006, Vol. 2006 Vol 33 N0 2 137.

2 Pijnbeleving

2.1 Uitgangsvraag

Hoeveel pijn ervaren patiënten bij het aanprikken van de shunt?

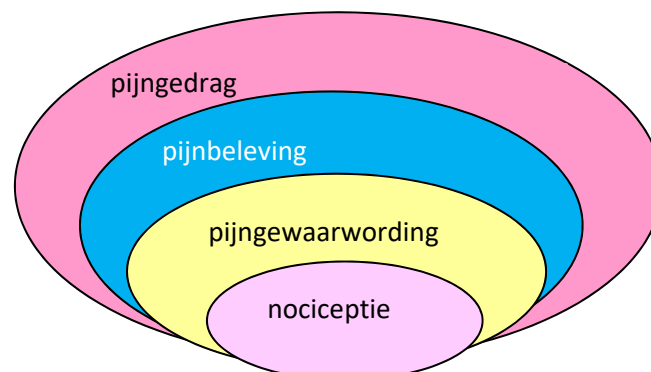
2.1.1 Inleiding

Pijn kan moeilijk omschreven worden en is een subjectief gegeven.

Definities van pijn:

- Pijn is wat een patiënt zegt dat het is en treedt op wanneer de patiënt zegt dat het optreedt en is aanwezig telkens wanneer hij of zij zegt dat het aanwezig is (1).
- Pijn is een onplezierige, gevoelsmatige en emotionele beleving die wordt geassocieerd met een daadwerkelijke of dreigende beschadiging van weefsel. Pijn heeft verschillende karakters. Pijn kan scherp, zeurend, dof of brandend zijn. Pijn is altijd subjectief (2).
- Loeser is een Amerikaanse pijnspecialist die een model over pijn en pijnbeleving ontwikkelde. Als eerste is er de pijnlijke prikkel, de nocicepsis, in de eerste cirkel. Vervolgens ontstaat er pijn, de tweede cirkel, gevolgd door de pijnbeleving, de derde cirkel. Dit is het emotionele aspect van pijnbeleving, maar kan ook een reactie op andere bedreigende gebeurtenissen zijn, zoals eenzaamheid, angst en onzekerheid. Hierbij kunnen de culturele en religieuze achtergrond van een patiënt, de aan- of afwezigheid van sociale ondersteuning, persoonlijkheid en lichamelijke invloeden een rol spelen. De vierde cirkel heeft betrekking op het pijngedrag. Dit omvat alle gedragingen waaruit een hulpverlener kan afleiden dat er sprake is van pijn. Dit pijngedrag is een uiting van de interactie tussen de pijnlijder en zijn omgeving. Het samenspel tussen de nociceptie, de gewaarwording, de beleving en het gedrag waarmee pijn aan de ander wordt meegedeeld, is pijn (3).

Tabel 2.1 Het model van Loeser: de vier cirkels die tezamen pijn vormen, 1980 (3)



In de meeste dialysecentra wordt pijn niet gemeten en weten we dus niet hoeveel pijn een dialysepatiënt ervaart tijdens het aanprikken van de shunt. Er is te weinig aandacht voor. Het ervaren van pijn door het aanprikken kan angst versterken. Dit aspect brengt voor heel wat patiënten spanning met zich mee. Pijn kan met behulp van een VAS-score of een numerieke schaal gemeten worden. Maar wat is dan een acceptabel getal? Op de website van de VMS-zorg (4) is te lezen dat een pijnscore gelijk aan of onder de 4 acceptabel is.

2.1.2 Samenvatting van de literatuur

Net als bij angst zijn er beperkte studies over pijn bij het aanprikken gevonden.

Op de site van Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is het thema pijn uitgewerkt. Hier gaat het om alle soorten pijn. Er wordt aangegeven dat tweederde van de patiënten die in ziekenhuizen komen, enige vorm van pijn heeft. Pijn kan verminderd worden door vroege herkenning. Het gebrek aan regelmatige pijnmetingen is een van de belangrijkste redenen voor inadequate pijnbehandeling (4).

In het onderzoek van Seegers zit er verschil in de beginperiode van het aanprikken van de shunt en in een latere fase van de behandeling. De pijnscore bij de start van de dialyse was 5,9 en later in de behandeling 4,3 op een 10-punts schaal. 68% van de patiënten geeft aan dat ze vóór de dialyse niet aan het aanprikken denken. Slechts 2% van de patiënten geeft aan langer dan een uur voor de start van de dialyse hieraan te denken (5). De meeste patiënten die een cijfer hoger dan een 0 geven voor de pijnbeleving, melden dat de pijn 0-15 seconden aanhoudt, dat de pijn bij de prikgaatjes zit en dat het om een stekende pijn gaat (5)(6).

Het gemiddelde cijfer dat de patiënten aan de pijnbeleving geven op een schaal van 0 tot 10 is 3,2. Ruim 20% van alle patiënten geeft aan géén pijn bij het aanprikken van de shunt te ervaren. Ruim 30% van de patiënten geeft een cijfer hoger dan 4 aan de pijn bij het aanprikken. Hierbij gaat het om een groep van 33 hemodialysepatiënten die minimaal 3x per week aangeprikt worden. In het onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen (mannen 4.7 en vrouwen 6.1) en blijkt de pijn naarmate de patiënt ouder wordt, toe te nemen (5). In 2009 heeft Nap haar onderzoek herhaald, nadat er op haar afdeling meer aandacht kwam voor angst- en pijnbeleving. Er werden 55 hemodialysepatiënten ondervraagd over de pijnbeleving. Er bleek niets veranderd te zijn ten opzichte van het vorige onderzoek in 2005 (6) (7). Er wordt niet beschreven welke interventies er toegepast zijn, alleen dat er in het centrum meer aandacht is voor de pijnbeleving.

Gerrisch (8) hanteert een schaal van 0 tot 5 voor pijnbeleving bij aanprikken. Hij accepteert een pijnscore van onder de 3.

Verpleegkundige aanbevelingen

Het herhaaldelijk aanprikken van de AVF leidt tot een zekere mate van pijn, mede te wijten aan de dikte en de lengte van de naald. Is de pijn te reduceren door de naald bevel up of bevel down aan te brengen? Montero laat in zijn studie zien dat de gevoelde pijn, gemeten met een Visueel Analoge Schaal (VAS), het grootst is wanneer de punt van de naald naar boven wordt geplaatst (bevel down). De beschadiging van de huid rond de vene is groter (9) (10).

Conclusie Niveau 4	De expert is van mening dat er weinig aandacht besteed wordt aan de pijnbeleving van dialysepatiënten bij aanprikken shunt. d Nap 2005
-----------------------	---

Conclusie Niveau 4	De expert is van mening dat er verschil is in pijnscore bij aanprikken tussen de start van de dialyse en na 6 maanden. d Seegers 2009
-----------------------	--

Conclusie Niveau 4	Experts zijn van mening dat meer dan 30% van de dialysepatiënten pijn bij het aanprikken ervaart; zij scoren die pijn met een cijfer > 4 op een schaal van 0-10. d Nap 2005, d Seegers 2009
-----------------------	--

2.1.3 Overwegingen en discussie

De pijngrens ligt voor iedere dialysepatiënt anders. Maar niet voor niets geldt: 'meten is weten'. Niet iedere verpleegkundige is even vaardig in het aanprikken van een shunt. Bovendien ligt de ene shunt de verpleegkundige beter dan de andere. Er is geen onderzoek gedaan naar de vaardigheid van verpleegkundigen op een dialyseafdeling in het aanprikken van een arterioveneuze shunt. Dit blijkt een gevoelig punt te zijn op elke dialyseafdeling. Bij onderzoek hiernaar zou er bijvoorbeeld extra scholing gegeven kunnen worden aan verpleegkundigen die wat minder vaardig blijken te zijn. Of er kan bijvoorbeeld echogeleid aanprikken worden voorgeschreven bij moeilijk aan te prikken shunts. De buttonhole aanpriktechniek kan er mogelijk voor zorgen dat de pijn, die wordt veroorzaakt door het aanprikken van de AVF, wordt verminderd. Op de meeste dialyseafdelingen mogen patiënten niet zelf kiezen door wie ze hun shunt laten aanprikken. Wanneer dit wel het geval zou zijn, zou dit mogelijk op voorhand de pijn (en angst) kunnen reduceren. Het aanprikken zal altijd pijnlijk zijn en in de praktijk hoor je patiënten zeggen dat het aanprikken nooit went.

Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat pijn bij het aanprikken periodiek gemeten dient te worden met een gevalideerde schaal.
Niveau 4	

2.2 Literatuurlijst

1. Pain Community Centre. Definition of pain. [Online] 2015. [Citaat van: 10 maart 2016.] <http://www.paincommunitycentre.org/article/definition-pain>.
2. International Association for the Study of Pain. IASP. [Online] 2016. [Citaat van: 28 juni 2016.] <http://www.iasp-pain.org> (juni 2015).
3. Wikifysio. Reconceptualisatie van pijn, Loeser. [Online] 2015. [Citaat van: 02 april 2016.] http://www.wikifysio.nl/index.php/Reconceptualisatie_van_pijn,_Loeser.
4. <http://www.vmszorg.nl>.
5. De pijnbeleving en de angstproblematiek bij het aanprikken van een arterioveneuze fistel bij een hemodialysepatiënt. Seegers. 2; blz 18-28, sl : O.R.P.A.D.T., december 2009, Vol. 9.
6. Onderzoek naar de pijnbeleving en de angst bij het aanprikken van een shunt. Nap, D. 2005, Info Magazine LVDT nr.4, pag 47 tm 49
7. Angst voor het (mis)prikken een groot probleem. Nap, D. nr 2, sl : Dialyse & Nefrologie Magazine, Vol. jaargang 27. pag 18-19
8. Kwaliteit in de praktijk: een norm voor het plaatsen van fistelnaalden;. Gerrish. sl : EDTA, 1996. p 34-35
9. Pijngradatie en huidbeschadiging tijdens de punctie van de arterioveneuze fistel. Montero. sl : EDTNA/ERCA, 2004 pag 231-234.
10. Visueel analoge schaal. Wikipedia. [Online] maart 2013. [Citaat van: 6 mei 2016.] http://nl.wikipedia.org/wiki/visueel_analogue_schaal.

3 Het aanprikken vanuit patiëntenperspectief

3.1 Inleiding

'De verpleegkundige had moeite met het vinden van de ader en ze stuurde de naald iedere keer de andere kant op, nou iedere keer dat zo'n naald heen en weer gaat dat voel je wel. Speciaal de naalden die ze gebruiken bij dialyse, die zijn vergelijkbaar met spijkers. Ik werd er doodmoe van en uiteindelijk heb ik gevraagd of ik mijzelf mocht aanprikken.'

'Het is gemakkelijk voor een patiënt, om vanuit de dialysetoel het personeel te observeren bij het aanprikken en hen te classificeren als uitstekend, goed, gemiddeld of incompetent. Het werd niet alleen pijnlijk duidelijk wie we moesten vermijden, maar ook heel duidelijk voor wie we als patiënt de voorkeur hebben!'

Bovenstaande teksten zijn citaten van patiënten uit de beperkte kwalitatieve studies die de VWA gevonden heeft bij de ontwikkeling van deze richtlijn (1) (2). De vaattoegang wordt door de patiënt gezien als 'levenslijn'. Een patiënt verwoordde het als volgt: *'Ik realiseerde me eerst dat ik afhankelijk was van de hemodialyse om te leven, mijn tweede gedachte was dat ik afhankelijk ben van mijn vaattoegang om te kunnen dialyseren.* (1).

Patiënten zijn afhankelijk van de hulpverleners voor de verzorging en het aanprikken van de vaattoegang. Deze afhankelijkheid maakt hen kwetsbaar voor de vaardigheden, kennis, voorkeuren en acties van de hulpverlener. Het is belangrijk dat de zorgverleners zich bewust zijn van deze kwetsbaarheid van de patiënten.

Bij het aanprikken is er sprake van een vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de verpleegkundige. Mispunctie geeft de patiënt een negatieve ervaring en dit kan (tijdelijk) verlies in vertrouwen geven. Problemen bij aanprikken geven de patiënt pijn, ongemak en kunnen leiden tot interventies en/of zelfs opname. Bij meerdere negatieve ervaringen zal de patiënt een meer assertieve houding aannemen om de integriteit ten aanzien van zijn/haar lichaam te behouden (1).

3.2 Samenvatting van de literatuur

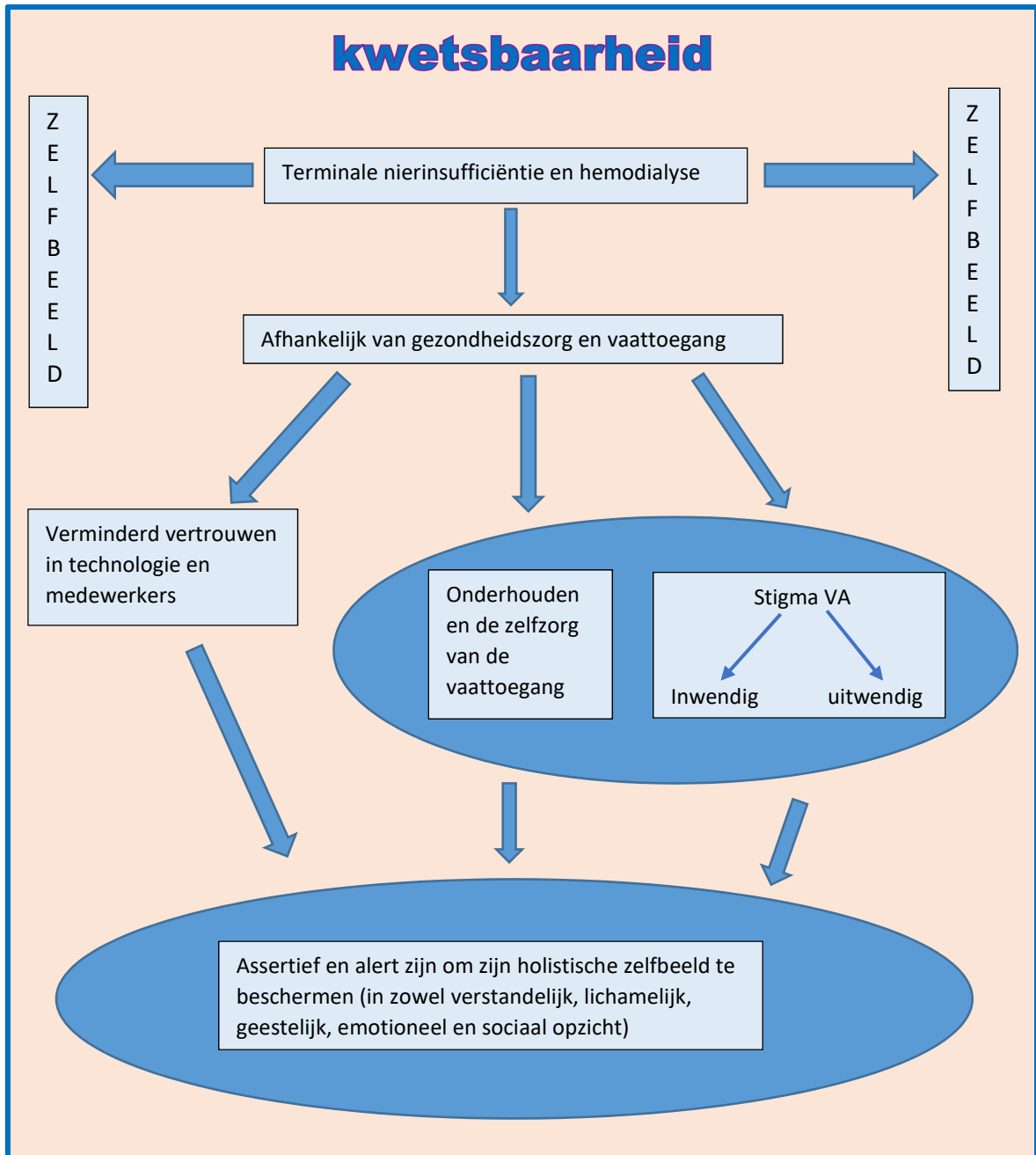
Bij onderzoek ligt de nadruk vaak op de fysiologische, chirurgische en anatomisch-technische aspecten van de toegang en niet op de ervaringen van de patiënten. Het gevolg hiervan is een kloof tussen de literatuur (wetenschap) en patiëntengroep (ervaringsdeskundigen) (1). De klachten die patiëntenverenigingen krijgen gaan veelal over mispuncties, blauwe plekken, pijn en ongemak (3).

Richard (1) deed onderzoek naar de ervaringen over het leven met een AVF. Zij plaatste de ervaringen en bevindingen van patiënten in een conceptueel raamwerk (zie figuur 2.1). De kwetsbaarheid van de patiënten is een gevolg van nierfalen, dialyse, het afhankelijk zijn van de gezondheidszorg en de vaattoegang om te overleven (4)(5). De patiënt kan geconfronteerd worden met non-maturatie of met problemen bij aanprikken terwijl de vaattoegang als rijp is aangeduid. Hierdoor kunnen situaties ontstaan waarbij het vertrouwen in technologie, gezondheidszorg en zorgverleners kan verminderen. De patiënt is genoodzaakt met de vaattoegang om te gaan en de stigma's die ermee samenhangen. Deze ervaringen kunnen van invloed zijn op het denken en kunnen zelfs het gedrag beïnvloeden (1).

Soms moet de patiënt assertief zijn en andere hulpverleners uitleggen waarom er niet geprikt mag worden in de arm met de vaattoegang. Een patiënt verwoordde dat zijn grootste angst bij de zelfcontrole een dichte shunt is (1).

Bij het stigma van de vaattoegang wordt onderscheid gemaakt tussen een in- en uitwendig stigma. Het inwendige stigma is wat de patiënt zelf ervaart, zoals verandering in uiterlijk, litteken en aneurysma. Het uitwendige stigma confronteert de patiënt met reacties van anderen op de vaattoegang.

Tabel 3.1
Raamwerk van Richard



Patiënten hebben veel ervaringen gemeen, maar er zijn ook belangrijke verschillen in de manier waarop patiënten hun ervaringen beleven vanuit lichamelijk, geestelijk en emotioneel perspectief. Newman (2) stelt dat een beschrijving vanuit patiëntenperspectief daarom ook niet gegeven kan worden. Bij dit onderzoek waren cliënten bereid hun ervaringen te delen. Ook al was het geen formeel wetenschappelijke studie, het resulteerde wel in een aantal aanbevelingen van patiënten naar hulpverleners:

- Verpleegkundigen luisteren naar de patiënt.

Verpleegkundige aanbevelingen

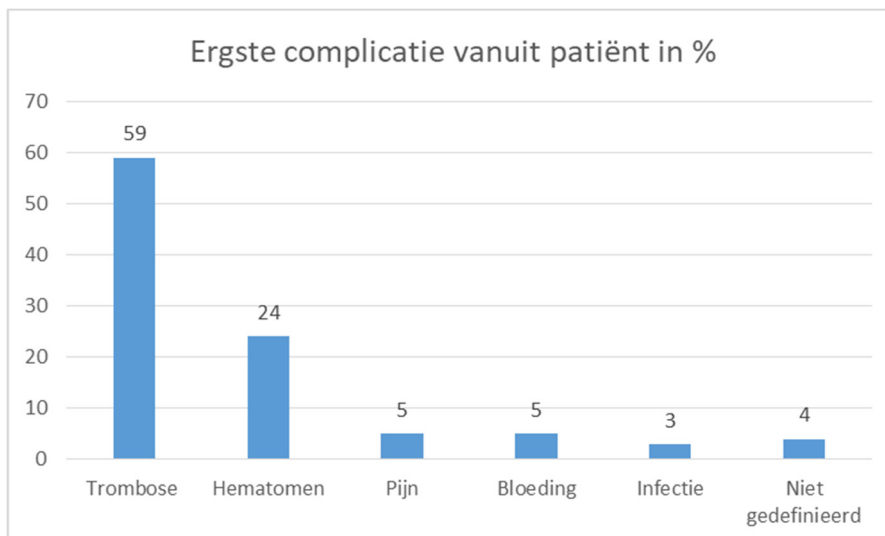
- Verpleegkundigen zijn zich bewust van de emotionele noden van de patiënt.
- Verpleegkundigen hebben respect voor de vaattoegang.
- Verpleegkundigen maken gebruik van steriele technieken.
- Verpleegkundigen prikken elke dialyse voorzichtig.
- Verpleegkundigen realiseren zich dat het verwijderen van de naalden net zo belangrijk is als het plaatsen van de naalden.
- Verpleegkundigen bieden voorlichting en educatie over het zelf aanprikken.
- Verpleegkundigen zijn consistent wat betreft hun instructie over zelfzorg bij de vaattoegang (2).

Bay (6) onderzocht voorkeuren en problemen van de vaattoegang vanuit verschillende disciplines. Patiënten hadden een voorkeur voor een oppervlakkige shunt in de bovenarm die gemakkelijk aan te prikken was en met minimale beïnvloeding van het uiterlijk. Bovendien moest de arm tijdens de dialyse in een comfortabele stand kunnen liggen en diende er een snelle hemostase te zijn.

Trombose werd door patiënten als ergste complicatie gezien (59%), daarna hematomen (24%), de pijn tijdens aanprikken (5%), bloeding (5%) en infectie (3%). Niet nader gedefinieerd was 4%. Op de vraag aan patiënten wat zij als meest voorkomend probleem ervaren (niet de ergste complicatie), gaven ze als antwoord pijn bij aanprikken.

Grootste zorg voor verpleegkundigen is het aanprikken. Non-maturatie met vertraagde start van dialyse en regelmatig onderhuids bloeden is voor alle disciplines een groot probleem (6).

Tabel 3.2



Bron W.H. Bay Am J Nephrol 1998;18:379-383

De NVN (3) geeft, naar aanleiding van een knelpuntenanalyse, aan dat zelfzorg ten aanzien van de vaattoegang op dit moment veelal ontbreekt. De verpleegkundige kan het zelfmanagement voor de vaattoegang een belangrijke stimulans geven door een adviserende en coachende rol op zich te nemen. Met gelijkwaardigheid en samenwerking als uitgangspunt kunnen patiënten gestimuleerd worden feedback te geven op het aanprikken (7). Zo kan er een dialoog tussen patiënt en verpleegkundige ontstaan: de patiënt kan aanwijzingen geven over wat de verpleegkundige goed doet tijdens het prikken en wat minder goed gaat (8).

In de knelpuntenanalyse van de NVN (3) staat t.a.v. het prikken: verpleegkundigen dienen goed geschoold te zijn in prikken. Een aantal verpleegkundigen is bang om te prikken (dat zeggen ze zelf tegen de patiënten). Iemand die slecht prikt of minder gevoel heeft voor prikken, zou eigenlijk niet moeten prikken. Een vertrouwensrelatie tussen prikker en patiënt is heel belangrijk en die relatie wordt door slechte prikkers wel verstoord (3). Patiënten geven aan dat zij zich zorgen maken over aanprik-gerelateerde complicaties (4).

De huidige en toekomstige dialysepatiënt zal zich kenmerken door een hoge leeftijd en meer co-morbiditeit zoals diabetes, hart- en vaatziekten en obesitas. Dit beïnvloedt niet alleen de aanleg, maar ook de maturatie van de vaattoegang en het aanprikken (9).

Meer 'uitdagende' toegangen vereisen een hoog niveau van deskundigheid van verpleegkundigen voor succesvol aanprikken (5).

3.3 Overige overwegingen

Een beter begrip van de patiënttevredenheid t.a.v. de toegang is zeer relevant. Patiënten hebben gevoelens, emoties en verwachtingen van de vaattoegang. In welke mate deze beïnvloed worden door angst, pijn, ongemak en complicaties t.a.v. mispuncties is in de Nederlandse situatie vaak onduidelijk. In hoeverre de professionele vaardigheden de overleving van de vaattoegang kunnen beïnvloeden zal verder onderzocht moeten worden (1) (4).

Aanbeveling Niveau 4	Een aanbeveling van de werkgroep is het ontwikkelen van een competentie-review dat als hulpmiddel gebruikt kan worden om competenties van verpleegkundigen te toetsen. De werkgroep is van mening dat elke afdeling visie over het aanprikbeleid aan patiënten moet kunnen verstrekken. Ongecompliceerd aanprikken moet binnen elke afdeling het speerpunt zijn.
---------------------------------------	--

3.4 Literatuurlijst

1. Negotiating living with an arteriovenous Fistula for Hemodialysis. C.J. Richard, J. Engebretson. sl: American Nephrology Nurses' Association, 2010, Vol. Nephrology Nursing Journal 2010 Vol. 37, No. 4 pp 363-373.
2. The Vascular Access: A Long-Term Patient's Considerations and Reflections. Newmann, J.M. sl: Contrib Nephrol, 2004, Vol. vol 142 pp 363-375.
3. Nierpatiënten Vereniging Nederland. Verwerking internet-enquête. 2009.
4. The Vascular Access Questionnaire assessing patient-reported views of vascular access. R.R. Quinn, D.L. Lamping, C.E.Lok, et all. sl : The Journal of Access Vol 9 pp 122-128, 2008.
5. Clinical consult: Dealing with preferences for specific staff members for cannulation. Ball, L. sl: Nephrology Nursing Journal, 2005, Vol. Vol 32 No 4 pp 258-259.
6. The Hemodialysis Access: Preferences and Concerns of Patients, Dialysis Nurses and Technicians, and Physicians. W., Bay. sl: Am J Nephrol 18 379-383, 1998.
7. M. Leers, h.J. Havers. kennispleinchronischezorg. CBO, Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. [Online] 2014. [Citaat van: 15 09 2015.]
http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Zorgmodule_Zelfmanagement_1.0.pdf.
8. Valdez, R. Renal Support Network. A Sticky Situation: Patients' Rights and Options Regarding Cannulation in Hemodialysis. [Online] Article uploaded 1-10-2007.
<http://www.rsnhope.org/health-library/sticky-situation-patients-rights-options-regarding-cannulation-hemodialysis/>.
9. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Richtlijndatabase. [Online] 2010.
https://heelkunde.nl/sites/heelkunde.nl/files/richtlijnen-definitief/Shuntchirurgie_richtlijn_definitief.pdf.

4 De keuze voor een verpleegkundige die aanprijkt als onderdeel van zelfmanagement

4.1 Uitgangsvraag

Is het mogelijk dat een patiënt zelf kiest wie hem aanprijkt?

4.1.1 Inleiding

De meeste patiënten hebben ervaring met het misprikken van zijn of haar shunt. Dit is dan ook de reden dat zij voorkeur hebben voor een bepaalde verpleegkundige die hen aanprijkt. Bij voorkeur iemand die in één keer goed aanprijkt zonder dat het al te veel pijn doet. Het aanprikken van de shunt is een precair moment voor de patiënt. Het is belangrijk dat er een vertrouwensrelatie is tussen patiënt en verpleegkundige.

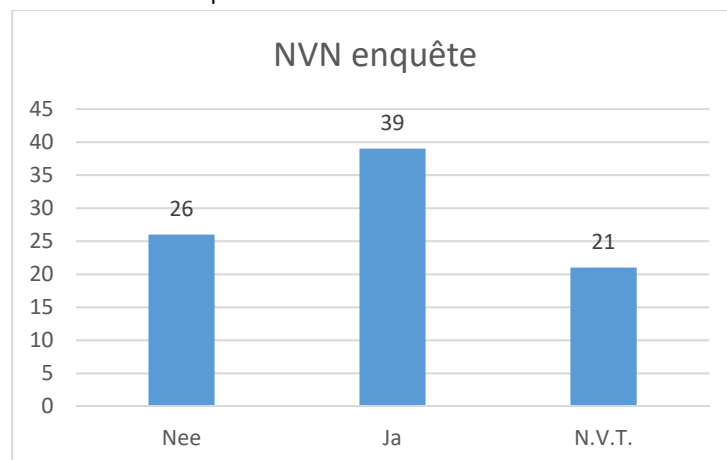
Het is vanuit het oogpunt van de patiënt dan ook logisch dat hij/zij om die persoon vraagt, maar welke mogelijkheden heeft een patiënt hierin (1)? Er is weinig literatuur te vinden die antwoord geeft op deze vraag. Dit kan een mogelijke reden zijn waarom dialyseafdelingen verschillend beleid voeren en het beleid ook niet overal wordt vastgelegd.

4.1.2 Samenvatting van de literatuur

De NVN (2) (3) heeft een internet-enquête gehouden onder hun leden m.b.t. de vaattoegang. Hierin werd onder andere gevraagd of de patiënt zelf de verpleegkundige mag kiezen voor het aanprikken.

Hierop zijn de volgende antwoorden gekomen:

Tabel 4.1 NVN enquête 2010



Bron: Verwerking internet-enquête vaattoegang hemodialysepatiënten NVN 2010.

Overige antwoorden die zijn gegeven:

- Nee, tenzij ik iemand niet vertrouw, dan kan ik weigeren
- Nee, maar als je erop zou staan, is het wel mogelijk
- Ik heb nooit geïnformeerd of dat kon, ik had er geen behoefte aan

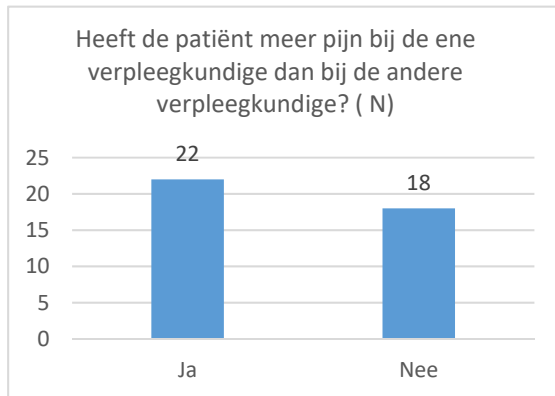
Literatuur geeft beperkt antwoord op de uitgangsvraag. Er zijn geen geschreven regels die de patiënten het recht geven aangeprikt te worden door de verpleegkundige van hun keuze. De Amerikaanse patiëntenverenigingen American Association of Kidney Patients (AAKP) en National Kidney Foundation (NKF) behartigen de belangen van de patiënten. Zij hebben de items 3 en 4 in het document Dialysis Patients Bill of Rights and Responsibilities omarmd. Item 3 stelt dat een patiënt het recht heeft om een verandering in de behandeling voor te stellen. Dit kan leiden tot het verzoek van de patiënt om door een bepaalde verpleegkundige aangeprikt te worden. Item 4 stelt dat verpleegkundigen dienen te luisteren naar de suggesties van patiënten ten aanzien van hun behandeling. Dit betekent dat wanneer de patiënt het verzoek doet om door een bepaalde verpleegkundige aangeprikt te worden er goed geluisterd dient te worden naar deze wens (1) (4).

Soms moet de patiënt wachten op de gevraagde verpleegkundige, of is deze afwezig. Het is dan ook goed voor patiënten om voor zichzelf uit te maken voor welke verpleegkundige hij verder een voorkeur heeft. Valdez (1) beschrijft dat het belangrijk is om in gesprek te blijven met de patiënt, er zullen altijd goede en minder goede prikkers zijn. Ook de manier waarop de patiënt feedback geeft is belangrijk. Indien hij op een rustige toon communiceert, niet schreeuwt, kan hij in goede dialoog met de verpleegkundige aanwijzingen geven over wat ze goed doet en wat niet.

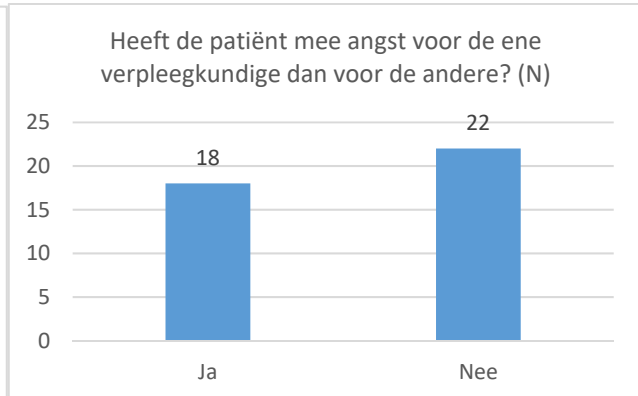
Ball (5) zegt in haar onderzoek dat wanneer een patiënt het verzoek heeft om door een bepaalde verpleegkundige aangeprikt te worden, men moet bespreken waarom dit verzoek wordt gedaan. Sommige centra hanteren een soort overeenkomst met betrekking tot beleid, procedures en de filosofie van de afdeling. Dit wordt dan aan de patiënten verstrekt bij hun eerste kennismaking met het dialysecentrum en moet door de patiënt ondertekend worden. Het moet wel altijd mogelijk zijn voor de patiënt om dit te bespreken met de leiding van de afdeling. De meeste patiënten geven verpleegkundigen een tweede kans, vooral als ze weten dat de verpleegkundige bezig is om de vaardigheden te verbeteren. Het is belangrijk dat de afdeling verpleegkundigen steunt om hun vaardigheden te vergroten door middel van scholingen en het opdoen van ervaring (5).

Segers heeft in 2009 onderzoek gedaan naar de pijn- en angstbeleving bij het aanprikken van de shunt. Hieruit blijkt onder meer dat de patiënt verschil ervaart in pijn- en/of angstbeleving bij de ene of de andere verpleegkundige (6).

Tabel 4.2



Tabel 4.3



Bron S.Segers Forum, jaargang 9 No2 2009, p. 27.

Daar er weinig literatuur beschikbaar is, heeft de VWA tijdens de NND 2010 de mening van de achterban gevraagd door de volgende stelling voor te leggen:

‘De patiënt mag altijd zelf kiezen welke verpleegkundige hem/haar prikt’.

De uitslag van de totale stemming van beide dagen was: 40 keer ‘ja’ en 74 keer ‘nee’.

Opmerkingen hierbij gemaakt:

- *‘Zeer klantvriendelijk maar twijfels bij de haalbaarheid hiervan in de praktijk’.*
- *‘Als de patiënt het zelf kan bepalen, wordt plannen moeilijk, dan gaat de patiënt de dienstlijst bepalen’.*
- *‘Patiënt is erbij gebaat wanneer hier zorg aan wordt besteed, maar de verpleegkundige moet ook zelf beoordelen of hij/zij deskundig genoeg is’.*
- *‘De verpleegkundige moet vaardigheden bijhouden en het moet bespreekbaar gemaakt worden in het team’.*

In de discussie werd gesproken over klantvriendelijkheid, maar ook over de mogelijkheden voor verpleegkundigen om de kans te krijgen zich te ontwikkelen en vaardigheden te trainen. Men vond ook dat men het naar de patiënt toe verplicht is te stoppen met prikken als het niet lukt. Er was wat moeite met het woord ‘altijd’. Er zijn verpleegkundigen die helaas vaak misprikken.

Er werd consensus bereikt over de stelling: De patiënt mag, bij problemen bij het aanprikken van de shunt, kiezen welke verpleegkundige aanprikkt.

Verpleegkundige aanbevelingen

Conclusie Niveau 4	De werkgroep is van mening dat iedere afdeling materiaal dient te ontwikkelen waarin de keuzemogelijkheid voor een verpleegkundige voor aanprikken is beschreven. d Valdez 2005
-----------------------	--

Conclusie Niveau 4	De werkgroep is van mening dat het belangrijk is om te investeren in scholing voor personeel op het gebied van praktische training. d Ball 2005
-----------------------	--

Conclusie Niveau 4	De werkgroep is van mening dat het van belang is dat patiënt en verpleegkundige met elkaar in gesprek gaan wanneer een patiënt het verzoek heeft om door een bepaalde verpleegkundige geprikt te worden. d Ball 2005
-----------------------	---

4.1.3 Discussie en overwegingen

Patiënten observeren verpleegkundigen continu tijdens het aanprikken (7). Dat kan druk veroorzaken bij verpleegkundigen die verder toe kan nemen wanneer de shunt lastig aan te prikken is. De werkgroep is van mening dat al in de dialyseopleiding aandacht moet zijn voor de psychologische druk die het aanprikken verpleegkundigen kan geven. Dit zou in verdere opleidingen en bijscholingen terug moeten komen. Bewustwording van dit aspect van de zorgverlening, dient ook op de werkvloer bespreekbaar gemaakt te worden. Uit eigen praktijk weet de werkgroep dat er wisselend aandacht is voor dit onderwerp. Op afdelingen moet een klimaat heersen waarin deze onderwerpen bespreekbaar zijn. Niet alleen de educatieve aspecten t.a.v. de technieken, maar ook de psychologische aspecten. Het is belangrijk dat verpleegkundigen zich realiseren dat afwijzing berust op de competentie en niet op de persoon.

Een fantoomarm is een hulpmiddel voor verpleegkundige die hun vaardigheden t.a.v. aanprikken willen vergroten. Ondanks dat dit kosten met zich mee brengt, lijkt het de werkgroep wel een meerwaarde te hebben voor afdelingen wanneer deze beschikbaar is.

Verpleegkundige aanbevelingen

Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat het zinvol is om in de dialyse- en verdere opleidingen aandacht te geven aan de psychische druk van het aanprikken.
Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat het zinvol is voor dialyseafdelingen om een sfeer te creëren waar in een open communicatie de psychische druk van het prikken op verpleegkundigen bespreekbaar is.
Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat het voor dialyseafdelingen zinvol is om mogelijkheden te creëren waarin patiënten hun voorkeur van verpleegkundigen voor aanprikken bespreekbaar kunnen maken.
Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat de afdelingsvisie t.a.v. de keuzemogelijkheid voor een specifieke verpleegkundige voor aanprikken schriftelijk en/of mondeling gegeven moet worden.
Aanbeveling	De werkgroep is van mening dat geïnvesteerd moet worden in scholing op het gebied van praktische training betreffende aanprikken.

4.2 Literatuurlijst

1. Valdez. A Sticky Situation: Patients' Rights and Options Regarding Cannulation in Hemodialysis. Renal Support Network. [Online] 1 10 2007. <http://www.rsnhope.org/health-library/article-index/a-sticky-situation-patients-rights-and-options-regarding-cannulation-in-hemodialysis/>.
2. Nierpatiënten Vereniging Nederland. nierziekten-en-behandeling/dialyse/onderzoek-nvn-rondom-dialyse#shunt. Nierpatiënten Vereniging Nederland. [Online] juli 2009. [http://www.nvn.nl/files/nvn_nl/Knelpuntenanalyse_shuntchirurgie\[1\].pdf](http://www.nvn.nl/files/nvn_nl/Knelpuntenanalyse_shuntchirurgie[1].pdf).
3. Nierpatiënten Vereniging Nederland. Verwerking internet-enquête vaattoegang hemodialysepatiënten. [Online] 2009. [Citaat van: 30 september 2014.]
4. NKF KDOQI GUIDELINES, CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR VASCULAR ACCESS, UPDATE 2006. NKF KDOQI GUIDELINES. [Online] 2006. [Citaat van: 3-9-2015 September 2015.] http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/.
5. Dealing with preferences for Specific Staff members for Cannulation. L.K, Ball. 2005, Nephrology Nursing Journal , pp. Sep/Oct2005, Vol. 32 Issue 5, p 558.
6. De pijnbeleving en de angstproblematiek bij het aanprikken van een arterioveneuze fistel bij een hemodialysepatiënt. S. Segers. 2009, Forum December, pp 18-28.
7. The Vascular Access: A Long-Term Patient's Considerations and Reflections. Newmann, J.M. sl : Contrib Nephrol , 2004, Vol. vol 142 pp 363-375.

5 Zelf aanprikken

5.1 Uitgangsvraag

Leidt het zelf aanprikken van de shunt tot minder complicaties en wat is hiervoor nodig?

5.1.1 Inleiding

De NVN (Nierpatiënten Vereniging Nederland) geeft aan dat zelfzorg bij het aanprikken ontbreekt en dat dit ingevoerd dient te worden (Nierpatiënten Vereniging Nederland, 2009).

Zelfmanagement krijgt een steeds belangrijkere plaats in de gezondheidszorg. De definitie van gezondheid is sinds 2011 aangepast tot: 'the ability to adapt and self-manage in the face of social, physical and emotional challenges'. Bij deze benadering staat niet de aandoening (of de aanwezigheid daarvan) centraal, maar het aanpassingsvermogen van personen en het vermogen tot zelfmanagement wanneer men te maken krijgt met problemen en uitdagingen op sociaal, lichamelijke en emotioneel gebied (1). Het zelf aanprikken van de shunt door de patiënt zou een goede methode kunnen zijn om zelfmanagement te vergroten. Tijdens de Nederlandse Nefrologie Dagen is bij de VWA-consensusbijeenkomsten (3) aan leden van de beroepsgroep gevraagd in hoeverre bij hen in de praktijk de patiënt gestimuleerd wordt zelf aan te prikken. Van de aanwezigen bevestigde 98% dat dit het geval was.

In de discussie werd aangegeven:

- Dat patiënten het prettig vinden.
- Dat een actievere dialyse meer compliance geeft.
- Dat patiënten het soms eng vinden.

Tijdens de NND van 2011 (4) werd de achterban gevraagd aan welke randvoorwaarden voldaan dient te worden om het 'zelf leren prikken' op de afdeling te implementeren. Van de vertegenwoordigde centra dat jaar waren er ongeveer tien waar patiënten gestimuleerd werden om zelf te prikken. Van deze centra gaven zeven een reactie. De randvoorwaarden die genoemd werden, waren:

- Voldoende tijd van de verpleegkundige.
- De noodzaak van enthousiaste verpleegkundigen.
- Het belang van het bijhouden van een verpleegplan.

Ook succesvolle ervaringen van de patiënt zijn belangrijk. Leeftijd is niet altijd een contra-indicatie.

5.1.2 Samenvatting uit de literatuur

Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het stimuleren van het aanpassingsvermogen van de patiënt en het toepassen van zelfzorg (5). Zelfzorg en zelfmanagement geven een betere kwaliteit van leven (6) (1) (7).

Het aanbieden van training voor zelf aanprikken wordt als een uitdaging beschouwd en in een relatief beperkt aantal centra toegepast. Doss (S. D. , 2006) (8) zocht antwoord op de vraag of patiënten zelf kunnen leren prikken en of dit moeilijk is om te leren. Dit onderzoek werd uitgevoerd onder 285 patiënten die tussen de 3 en 11 jaar ervaring hadden met zelf prikken en/of aansluiten. Belangrijke motivatie hierbij was de mogelijkheid voor thuisdialyse of de behoefte maar meer zelfzorg. Het aanbieden en trainen van zelf aanprikken en/of zelf aansluiten had een succespercentage van 99% voor alle vaattoegangen (AVF, AVG en CVK) (S. D. , 2006).

Volgens Doss (S. D. , 2006) (8) geven patiënten die zelf hun shunt aanprikken als voordelen aan:

- Meer controle
- Minder pijn.
- Minder complicaties
- Meer kans op een 'rake' prik

De uitkomstmaat voor het beheersen van de competentie was het driemaal zelfstandig aanprikken. Er was geen verschil tussen het zelf aanprikken of door een verpleegkundige betreffende stenoses of trombose; 80% van de centra rapporteerde een reductie van techniekgerelateerde complicaties zoals aneurysma, pseudo-aneurysma infiltratie, hematoomvorming en infectie (S. D. , 2006) (8). Het onderzoek van Doss leert dat angst om zelf aan te prikken soms overwonnen kan worden door gesprekken met andere patiënten. De stress gedurende de training werd gereduceerd door geen einddatum vast te stellen voor het 'solo'prikken. Patiënten rapporteerden significante voorkeur voor zelf aanprikken. Bij het zelf aanprikken werd geen gebruik gemaakt van emla® of lidocaïne® (S. D. , 2006).

Als de patiënt eenmaal geleerd heeft zelf aan te prikken, geeft het zelfvertrouwen en betere overleving van de vaattoegang (5).

Er zijn waarschijnlijk meer patiënten dan we denken die de capaciteit hebben om zichzelf aan te prikken. Zeker wanneer de buttonhole techniek wordt gebruikt (9).

Quin stelt dat groepsbijeenkomsten een essentieel onderdeel zijn van het educatieprogramma. Tenminste eenmaal per week was er een educatiebijeenkomst in de wachtkamer. Hierbij werden de voordelen van het zelf aanprikken bediscussieerd. Patiënten ondersteunen en moedigen andere patiënten aan (5). De Amerikaanse

dialyseverpleegkundigen stellen dat educatie voor zelf aanprikken wordt aangeboden aan patiënten die de capaciteit hebben en een geschikte vaattoegang die hen in staat stelt zelf aan te prikken. De verpleegkundigen dienen bekend te zijn met de hands-on ook wel 'tandem hand' techniek genoemd (6) (10).

De 'tandem hand' bestaat uit vier fasen:

- De verpleegkundige doet de voorbereiding bij de patiënt door dialoog en demonstratie.
- De patiënt legt zijn/haar hand op de hand van de verpleegkundige tijdens het aanprikken van de shunt.
- De verpleegkundige legt de hand op die van de patiënt tijdens het zelf aanprikken van de shunt door de patiënt.
- De patiënt prikt zichzelf aan onder supervisie van de verpleegkundige (10).

Farato (11) beschrijft dat zowel de touwladder techniek als de buttonhole techniek geschikt zijn om zelf te prikken. Tevens beschrijft zij dat zelf prikken voor thuisdialyse patiënten een zeer geschikte methode is. Er moet per patiënt gekeken worden wat de beste techniek is. Farato geeft in haar artikel de verschillen aan.

Volgens de KDOQI-richtlijnen (12) heeft de buttonhole techniek de voorkeur bij zelf prikken. Om de vaardigheid van het zelf aanprikken te leren, is het mogelijk gebruik te maken van een competentiegericht leermodel (5). Hierin zijn aspecten opgenomen zoals:

- Welke vaardigheden zijn nodig.
- Welke vaardigheden heeft de patiënt al.
- Welk niveau is het einddoel.
- Afbakening van deze leerdoelen.
- Werken met checklists.
- Toetsen van de kennis in theorie en praktijk.
- Feedback op de prestaties en de training.

Als dialyseverpleegkundige en ervaringsdeskundige adviseert Lewis (9) het volgende t.a.v. zelf aanprikken:

- Beide naalden omhoog prikken is makkelijker te leren. Om het verschil te leren voelen, simuleer eerst door de arteriële naald naar beneden te houden en dan omhoog. De patiënt voelt het verschil in comfort van de positie van de hand.
- Overweeg om buttonhole 's aan te leggen voor de patiënt gaat leren zelf te prikken of laat de patiënt zelf de buttonhole's aanleggen.
- De term prikken klinkt pijnlijk en geeft angst bij patiënten. We zouden dit woord niet moeten gebruiken, maar kiezen voor 'de naald plaatsen' of 'de naald zetten'.

Conclusie Niveau 3	Het lijkt waarschijnlijk dat zelf aanprikken c/q aansluiten zelfmanagent bevordert. c en d Doss 2006, Lewis 2005, Quinn 1999.
Conclusie Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat zelf aanprikken de voorkeur heeft omdat het meer controle, minder pijn, minder kans op mispuncties geeft en minder complicaties die gerelateerd zijn aan het aanprikken. c Doss 2006, Lewis 2005, Quinn 1999.
Conclusie Niveau 4	Experts zijn van mening dat het de voorkeur heeft om zowel de touwladdertechniek als de buttonhole techniek aan te bieden, waarbij rekening wordt gehouden met de individuele omstandigheden van de patiënt. d Farato 2015, Lewis 2005.

5.1.3 Overwegingen en discussie

Tijdens de NND 2015 (13) werd tijdens een workshop aan de achterban gevraagd welke problemen er verwacht werden als het 'zelf leren aanprikken' als aanbeveling zou worden geïmplementeerd.

De problemen die werden benoemd:

- Verpleegkundige moet de regie uit handen geven.
- Onbekend maakt onbemind.
- Angst voor schade aan de shunt door onkunde van de patiënt.
- Kost tijd.
- Verpleegkundigen houden zich niet aan het protocol.

Dit zijn mogelijk redenen waarom het zelf prikken (nog) niet veel op afdelingen gebeurt.

Duidelijke informatie vooraf, het creëren van draagvlak bij patiënten en personeel, een planmatige aanpak voor de implementatie en het reserveren van extra tijd lijken essentieel als randvoorwaarden om patiënten te leren zelf hun shunt aan te prikken.

Mondelinge, schriftelijke en/of multimediale instructie, ondersteunen het leerproces waarvan is uitgegaan voor de te behalen competenties.

Citaten van L. Ball & Mott (14) geven misschien wel het beste weer welk effect zelf prikken kan hebben:

Verpleegkundige aanbevelingen

- *'Je eigen naalden plaatsen is de beste garantie voor een 'rake' prik en minder pijn.'*
- *'Leren je eigen naalden te plaatsen? Je kunt je niet voorstellen wat een gevoel van onafhankelijkheid dat geeft en de opluchting dat deze vorm van zelfzorg mogelijk is.'*
- *'Ik adviseer medisch personeel het zelf leren prikken te stimuleren.'*
- *'Ik kan oprecht zeggen dat dit de beste beslissing is die ik ooit genomen heb.'*
- *'Dialyseafdelingen dienen een visie te ontwikkelen over zelf prikken.'*

Aanbeveling	Zelf aanprikken kan meer gestimuleerd worden, het organiseren hiervan moet prioriteit krijgen op de dialyseafdelingen.
-------------	--

Aanbeveling	Het verdient de voorkeur dat de dialyseafdeling beschikt over een leermodule om zelf te leren prikken.
-------------	--

Aanbeveling	Het lijkt zinvol om groepsbijeenkomsten te organiseren waar patiënten hun ervaringen kunnen bespreken en andere patiënten kunnen stimuleren om ook zelf te gaan prikken
-------------	---

5.2 Literatuurlijst

1. Grotendorst, onder redactie van: Johan Lambregts en Ans. Leren van de toekomst, Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 . sl : Bohn Stafleu van Loghum , 2012. ISBN 978 90 313 9933 8 .
2. Nierpatienten Vereniging Nederland. [Online] 2009. [Citaat van: 30 september 2014.] [http://www.nvn.nl/files/nvn_nl/Knelpuntenanalyse_shuntchirurgie\[1\].pdf](http://www.nvn.nl/files/nvn_nl/Knelpuntenanalyse_shuntchirurgie[1].pdf).
3. An "art" to a "science"" part II. VWA. Nederlandse Nefrologie Dagen Veldhoven : sn, 2010.
4. Implementatie richtlijn aanprikken "wat is nodig". VWA. Nederlandse Nefrologie Dagen Veldhoven : sn, 2011.
5. Developing a self-cannulation program. J, Quinn. ANNA Journal jun; 26 343-344, sl : American Nephrology Nurses Association, 1999.
6. Association, the American Nephrology Nurses'. ANNA Position Statement. www.annanurse.org. [Online] February 2003. <https://www.annanurse.org/download/reference/health/position/vascAccess.pdf>.
7. NPCF, patientenfederatie. Kort & Krachtig generiek model zelfmanagement. [Online] 2014. [Citaat van: 30 september 2014.] <http://www.zelfmanagement.com/toolbox/modellen>.
8. A positive outlook for vascular access self-cannulation. S., Doss. sl : ANNA Nephrology Nursing Journal, 2006, Vol. Vol 33 N0 (2) : p 137.
9. Let's empower patiënts with the choice of selfcannulation! Lewis. sl : ANNA Nephrology Nursing Journal, 2005, Vol. Vol 32 Mar-Apr (2) 225.
10. Using "tandem Hand "technique to facillitate self-cannualtion in hemodialysis. S., Mott. sl : ANNA Nephrology Nursing Journal, 2009, Vol. Vol 36 May-June No3 pp 313-316.
11. Rose Faratro, Janine Jeffries, Gihad E Nesrallah, Jennifer M MacRae. The care and keeping vascular access for home hemodialysis patients. A Global Perspective. sl : Implementating Hemodialysis in the Home (ISHD), Hemodial Int. 2015 Apr;19 Suppl 1:S80-92.
12. NKF KDOQI GUIDELINES, CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR VASCULAR ACCESS, UPDATE 2006. NKF KDOQI GUIDELINES. [Online] 2006. [Citaat van: 3-9-2015 September 2015.] http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/.
13. Implementatie van aanbevelingen. VWA-SIG. Nederlandse Nefrologie Dagen Veldhoven : sn, 2015.
14. Lynda Ball, Leslie Dinwiddie, Janet Holland. Vascular Access Moduul 5. Overcoming a Key Barrier to Home Dialysis, The Art of Teaching Buttonhole Self-Cannulation. 2012.

Verpleegkundige aanbevelingen

Bijlage evidencetabel 2 Angst bij aanprikken

Auteur	Jaar	Tijdschrift en titel	Soort artikel	Level of evidence	Methode	Bevindingen
S.Seegers	2009	Forum, jaargang 9; nummer 2 De pijnbeleving en de angst-problematiek bij het aanprikken van een arterioveneuze fistel bij een hemodialyse-patiënt.	Onderzoek in 2 centra	D	Enquête onder HD-patiënten	Onderzoek in 2 centra naar de pijn- en angstbeleving van de patiënt bij het aanprikken van de arterioveneuze fistel, door middel van een vragenlijst die met behulp van de onderzoeker is ingevuld. Er is gebruik gemaakt van een numerieke pijn- en angstscore. <i>Aanbeveling:</i> Vanaf het begin een kort fistel-dossier aanleggen voor elke patiënt, waarin voldoende informatie te vinden is over de fistel, de priktechnieken, de prikproblemen en de prikangst.
M.Mulder	2013	Journal of Renal Care Validation of a screening instrument for the fear of injection in dialysis patients .	Meta-analyse	B	N 86 Aan hand van prikpijn screeningslijst voor DM patiënten, nieuwe screeningslijst mbt aanprikpijn voor dialysepatiënten ontwikkeld. Hierna deze screeningslijst uitgetoet in werkelijke situatie	Duidelijke doelstelling waarop conclusie aansluit. - Goed onderbouwd en vele analysetechnieken gebruikt om validiteit van het meetinstrument sterk te maken - Bruikbaar idee: meetinstrument en aan de hand daarvan begeleiding van verpleegkundige, MMW en/of psycholoog kunnen verantwoorden. - Kan duidelijkere + specifiekere vraagstelling + recentere referentielijst met wat meer dialyse-gerelateerde literatuur gebruiken. - Meerdere onderzoeken lopen door elkaar (ontwikkelen en uittesten van een valide vragenlijst

Verpleegkundige aanbevelingen

						om angst bij aanprikken te scoren en het semigestructureerd interview).
Valdez	2005	www.kidneytimes.com/article A Sticky Situation: Patients' Rights and Options Regarding Cannulation in Hemodialysis.	Vraag en antwoord	D	n.v.t.	Geeft tips, ga in gesprek met de patiënt, vraag reden, vraag om tweede kans na verbetering, vraag feedback tijdens aanprikken, investeer in vermindering van prikangst door ontspanningsoefeningen en goede pijnbestrijding en stimuleer tot zelf aanprikken.
Fernandes P.P.	2003	Psychosomatics 44:3, May-June Rapid Desensitization for Needle Phobia.	Case study	D	Case report	Er wordt in een case report beschreven hoe in een drie uur durende desensibilisatietherapie de angst en lichamelijke klachten zodanig gereduceerd worden dat de patiënt tijdens hemodialyse zonder problemen kon worden aangeprikt.
Forsner, M.	2009	Journal of Health care Relaxation and guided imagery used with 12-year-olds during venipuncture in a school-based screening study.	Observationel/ screening study	B	Twee groepen kinderen worden vergeleken. De ene groep kreeg ontspanningsoefeningen en korte verhalen aangeboden en de andere groep kreeg dit niet. Hier werd gewoon standaard een venapunctie bij gedaan.	Op basis van coeliakie-screening op een school, werden ervaringen van 12-jarigen met ontspanning en geleide fantasie (R-GI) tijdens venapunctie onderzocht.
Doss,S	2006	Nephrology Nursing Journal, march-april 2006 Vol 33 NO 2 137 A positive Outlook for Vascular Access Self-Cannulation	Vergelijking tussen 10 centra	C	Enquête met 28 vragen	99% was in de training succesvol, 80% rapporteerde minder techniek-gerelateerde complicaties zoals aneurysma, pseudo-aneurysma, infiltratie, hematoom en infectie.

Verpleegkundige aanbevelingen

Bijlage evidencetabel 2 Pijnbeleving

Auteur	Jaar	Tijdschrift en Titel	Soort artikel	Level of evidence	Methodologie	Bevindingen
S.Seegers	2009	Forum, jaargang 9; nummer 2. De pijnbeleving en de angst-problematiek bij het aanprikken van een arterioveneuze fistel bij een hemodialyse-patiënt.	Onderzoek in 2 centra	D	Enquête onder HD-patiënten	Onderzoek in 2 centra naar de pijn- en angstbeleving van de patiënt bij het aanprikken van de arterioveneuze fistel, door middel van een vragenlijst die met behulp van de onderzoeker is ingevuld. Er is gebruikgemaakt van een numerieke pijn- en angstscore. <i>Aanbeveling:</i> Vanaf het begin een kort fistel-dossier aanleggen voor elke patiënt, waarin voldoende informatie te vinden is over de fistel, de priktechnieken, de prikproblemen en de prikangst.
Nap D.	2005	Info Magazine LVDT-nummer 4 Onderzoek naar de pijnbeleving en de angst bij het aanprikken van een shunt.	Transversaal onderzoek	C		Geen significante relatie met prikangst, pijn en soorten naalden of shunt.
Nap D.	2009	Dialyse & Nefrologie Jaargang 27, nr.2	Transversaal onderzoek	C	Enquête	Na 4 jaar en meer aandacht voor angst en pijnbeleving heeft dit niet geresulteerd in een lager cijfer voor angst en pijnbeleving door patiënten. Auteur bepleit acceptatie dat niet iedereen even vaardig is in aanprikken. Evt. inzet van echo en meer tijd om ook

Verpleegkundige aanbevelingen

		Angst voor (mis)prikken een groot probleem.				met 2 verpleegkundigen aan te prikken. Dit komt ten goede aan de patiënten die wel een hogere mate van angst hebben voor het aanprikken.
Gerrish, M.C.	1996	EDTNA+ERCA Kwaliteit in de praktijk: een norm voor het plaatsen van fistelnaalden.	Diagnostisch	C	N 19, 3118 pijnscores scale 1-5	Pijnscorenorm kan patiënttevredenheid meten. Pijn is erg individueel. Lage pijndrempel (hoge scorenorm) kan veroorzaakt worden door persoonlijke problemen. Er kan dan actie ondernomen worden. Patiënt wordt meer betrokken bij de behandeling. 84% geen score van 0-1 waarbij 0 geen ongemak geeft. Aanprikken met 15g naald (niet beschreven staal of plastic) Bij score > 5 wordt actie ondernomen.
Montero R.C	2004	EDTNA+ ERCA Journal 2004, pg 231-234 Pijngradatie en huidbeschadiging tijdens de punctie van de arterioveneuze fistel.		B	Enquête bij patiënten	Onderzoek naar verschil in pijnbeleving en huidbeschadiging tussen op en neerwaarts gericht naaldpunt. In beide gevallen heeft de neerwaarts gericht naaldpunt de voorkeur. Subjectieve beoordeling van patiënten t.a.v. de pijnbeleving. Objectieve meting door verpleegkundigen t.a.v. de huidbeschadiging.

Verpleegkundige aanbevelingen

Bijlage evidencetabel 3 Het aanprikken vanuit patiëntenperspectief

Auteur	Jaar	Tijdschrift en titel	Soort artikel	Level of evidence	Methodologie	Bevindingen
R. Valdez	2005	www.kidneytimes.com/article A Sticky Situation: Patient's Rights and Options Regarding Cannulation in Hemodialysis.		D	n.v.t	Geef tip, ga in gesprek met de patiënt over reden, vraag om tweede kans na verbetering, vraag feedback tijdens aanprikken, investeer in vermindering van prikangst door ontspanningsoefeningen en goede pijnbestrijding en stimuleer tot zelf aanprikken.
L.K. Ball	2005	Nephrology Nursing Journal Dealing with preferences for Specific Staff members for Cannulation.		D	n.v.t.	Ontwikkel een verwachtingsovereenkomst waarin uitleg wordt gegeven van de afdelingsvisie t.a.v. prikken. Investeer in professioneel gedrag en scholing, verbeter je techniek door reflectie, overweeg bij geen verbetering of hij/zij wel moet aanprikken.
S. Segers	2009	Forum: jaargang 9; nummer 2 De pijnbeleving en de angstproblematiek bij het aanprikken van een arterioveneuze fistel bij een hemodialysepatiënt.	Mening van expert	D	Enquête onder HD-patiënten	Onderzoek in 2 centra naar de pijn- en angstbeleving van de patiënt bij het aanprikken van de arterioveneuze fistel door middel van een vragenlijst die m.b.v. onderzoeker ingevuld is. Er is gebruikgemaakt van een numerieke pijn- en angstscore. Aanbeveling: Van het begin een kort fistel-dossier aanleggen voor elke patiënt waarin voldoende informatie te vinden is over de fistel, de priktechnieken, de prikproblemen en de prikangst.

Verpleegkundige aanbevelingen

Bijlage evidencetabel 4 De keuze voor een verpleegkundige die aanpikt als onderdeel van zelfmanagement

Auteur	Jaar	Tijdschrift en titel	Soort artikel	Level of evidence	Methodologie	Bevindingen
Valdez R.	2007	www.kidneytimes.com/article A Sticky Situation: Patients' Rights and Options Regarding Cannulation in Hemodialysis	Mening van expert vanuit vraag van patiënt beschreven	D	n.v.t	Geef tips ga in gesprek met de patiënt over de reden, vraag om tweede kans na verbetering, vraag feedback tijdens aanpikken, investeer in vermindering van prikangst door ontspanningsoefeningen en goede pijnbestrijding en stimuleer tot zelf aanpikken.
Ball L.K.	2005	Nephrology Nursing Journal; sept-okt 2005 Vol 32 No 4 258-259-clinical consult Dealing with preferences for specific staff members for cannulation.	Vraag en antwoord	D	n.v.t.	Ontwikkel een overeenkomst waarin de afdelingsvisie wordt weergegeven t.a.v prikken. Investeer in professioneel gedrag en scholing. Verbeter je techniek door reflectie. Overweeg bij geen verbetering of hij/zij wel moet aanpikken.
S.Seegers	2009	Forum, jaargang 9; nummer 2 De pijnbeleving en de angstproblematiek bij het aanpikken van een arterioveneuze fistel bij een hemodialysepatiënt.	Onderzoek in 2 centra	D	Enquête onder HD-patiënten	Onderzoek in 2 centra naar de pijn- en angstbeleving van de patiënt bij het aanpikken van de arterioveneuze fistel, door middel van een vragenlijst die met behulp van de onderzoeker is ingevuld. Er is gebruik gemaakt van een numerieke pijn- en angstscore. <i>Aanbeveling:</i> Vanaf het begin af aan een kort fistel-dossier aanleggen voor elke patiënt, waarin voldoende informatie te vinden is over de fistel, de priktechnieken, de prikproblemen en de prikangst.

Verpleegkundige aanbevelingen

Newman J.M.	2004	Hemodialysis Vascular Access and Peritoneal Dialysis Access. Contrib Nephrol. Basel, Kanger,2004, vol 142, pp 363 375.The Vascular Access: A Long-Term Patient's Considerations and Reflections.	Mening van ervarings- deskundigen.	D	n.v.t.	Artikel draagt bij aan de beschikbare middelen die professionals hebben om de zorg voor de vaattoegang te verbeteren. Hemodialyse- personeel is direct en indirect verantwoordelijk voor de juiste vaattoegang, doorverwijzing, plaatsing, bescherming, zorg en monitoring. Het begrijpen van de aard en de diepte van de behoeften van de patiënt blijft een uitdaging voor het hemodialyse-personeel. Patiëntenpercepties en vakbekwaamheid van het personeel en respect voor de vaattoegang verdienen serieuze aandacht.
----------------	------	--	--	---	--------	---

Verpleegkundige aanbevelingen

Bijlage evidencetabel 5 Zelf aanprikken

Auteur	Jaar	Tijdschrift en titel	Soort artikel	Level of evidence	Methodologie	Bevindingen
Richard C. J.	2010	Nephrology Nursing Journal Negotiating living with an Arteriovenous Fistula for Hemodialysis. Vol. 37, No 4.	Certified Novell Engineer (CNE)	D of C	Literatuur interview, veldonderzoek, database.	In U.S. hebben patiënten met een ESRD en die dialyse afhankelijk zijn, weinig vertrouwen in hun gezondheidzorgsysteem. Ze zitten in een kwetsbare positie en zijn afhankelijk van een goede toegang tot de bloedbaan. De informanten (zo worden de patiënten in dit artikel genoemd) hebben het gevoel dat ze door Self-care hun shunt (life line) kunnen beschermen.
Newman J.M.	2004	Hemodialysis Vascular Access and Peritoneal Dialysis Access. Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2004, vol 142, pp 363 375 The Vascular Access: A Long-Term Patient's Considerations and Reflections.	Mening van ervaringsdeskundigen	D	n.v.t.	Artikel draagt bij aan de beschikbare middelen die professionals hebben om de zorg voor de vaattoegang te verbeteren. Hemodialyse-personeel is direct en indirect verantwoordelijk voor de juiste vaattoegang, doorverwijzing, plaatsing, bescherming, zorg en monitoring. Het begrijpen van de aard en de diepte van de behoeften van de patiënt blijft een uitdaging voor het hemodialyse personeel. Patiëntenpercepties en vakbekwaamheid van het personeel en respect voor de vaattoegang verdienen serieuze aandacht.
Bay. W	1998	Am.J. Nephrol: 18-379-383 The hemodialysis Access: Preferences and Concerns of Patients, Dialysis Nurses and	Onderzoeksverslag	C	Vragenlijsten	Patiënten hebben voorkeur voor een makkelijk aanprikbare vaattoegang die hun uiterlijk niet beïnvloedt, snel dicht zit en tijdens de dialyse moet de arm in comfortabele stand kunnen liggen. Pijn bij aanprikken is het meest voorkomende probleem. Artsen hebben een voorkeur voor een AVF, personeel voor een AVG. Moeilijkheden bij aanprikken wordt door 84% van het personeel als complicatie

Verpleegkundige aanbevelingen

		Technicians, and Physicians.				genoemd. Artsen noemen trombose bij CVK en infecties. Personeel noemt bij een CVK trombose en slechte bloedflow.
Quinn. R.R.	2008	The Journal of Access 2008; 122-128 The Vascular Access Questionnaire: assessing patient-reported views of vascular access	Transversaal onderzoek	D	VAQ scorelijst	Onderzoek: 222 pat. 118 met een av fistel, 104 met katheter. Tevredenheid met toegang tot de bloedbaan. Aanbevelingen: beter onderwijs over de risico's van het hebben van een veneuze katheter en maatregelen gericht op het terugdringen van cannulatie gerelateerde complicaties kan het hebben van een fistel bepleiten en de tevredenheid van patiënt met een toegang tot de bloedbaan verbeteren. Goed te lezen artikel, een goed maar moeilijk onderzoek door de verschillende variabelen.
Ball L.K.	2005	Nephrology Nursing Journal; sept-okt 2005 Vol 32 No 4 258-259 clinical consult Dealing with preferences for specific staff members for cannulation.	Vraag en antwoord	D	n.v.t.	Ontwikkel een overeenkomst waar in de afdelingsvisie wordt weer gegeven t.a.v. prikken. Investeer in professioneel gedrag en scholing. Verbeter je techniek door reflectie. Overweeg bij geen verbetering of hij/zij wel moet aanprikken.
Valdez R.	2007	www.kidneytimes.com/arti cle A Sticky Situation: Patients' Rights and Options Regarding Cannulation in Hemodialysis	Mening van expert vanuit vraag van patiënt beschreven	D	n.v.t	Geef tips ga in gesprek met de patiënt over de reden, vraag om tweede kans na verbetering, vraag feedback tijdens aanprikken, investeer in vermindering van prikangst door ontspanningsoefeningen en goede pijnbestrijding en stimuleer tot zelf aanprikken.

➤ Verpleegkundige aanbevelingen

Welke interventies verminderen de angst bij het aanprikken?

Zijn er interventies die angst bij aanprikken verminderen?

- De werkgroep is van mening dat angst gemeten dient te worden door middel van een gevalideerd meetinstrument, zoals de VAS of de NRS.
- De werkgroep is van mening dat bij een gemeten angst ≥ 4 er een interventie dient te volgen.
- Daarnaast is de werkgroep van mening dat er een follow-up dient plaats te vinden tot een score van < 4 bereikt is.
- De werkgroep is van mening dat er meer onderzoek moet komen naar interventies, zoals cryotherapie.

Hoeveel pijn ervaren patiënten bij het aanprikken van de shunt?

- De werkgroep is van mening dat bij pijn bij het aanprikken periodiek gemeten dient te worden met een gevalideerde schaal.

Is het mogelijk dat een patiënt zelf kiest wie hem aanprikkt?

- De werkgroep is van mening dat elke afdeling visie over het aanprikbeleid aan patiënten moet kunnen verstrekken. Ongecompliceerd aanprikken moet binnen elke afdeling een speerpunt zijn.
- De werkgroep is van mening dat het zinvol is om in de dialyse- en verdere opleidingen aandacht te geven aan de psychische druk van het aanprikken.
- De werkgroep is van mening dat het zinvol is om voor dialyseafdelingen een sfeer te creëren waar in een open communicatie de psychische druk voor het aanprikken door verpleegkundigen bespreekbaar is.
- De werkgroep is van mening dat het voor dialyseafdelingen zinvol is om de mogelijkheid te creëren waarin patiënten hun voorkeur van verpleegkundigen voor aanprikken bespreekbaar kunnen maken.

➤ Verpleegkundige aanbevelingen



Leidt het zelf aanprikken van de shunt tot minder complicaties en wat is hiervoor nodig?

- Zelf aanprikken kan meer gestimuleerd worden, het organiseren hiervan moet prioriteit krijgen op de dialyseafdelingen.
- Het verdient de voorkeur dat de dialyseafdeling beschikt over een leermodule om zelf te leren aanprikken.
- Het lijkt zinvol om groepsbijeenkomsten te organiseren waar patiënten hun ervaringen kunnen bespreken en andere patiënten kunnen stimuleren om ook zelf aan te prikken.

Samenvattingskaart