

POSTOPERATIEVE PIJN ONDER CONTROLE

Diakonessenhuis Utrecht en Zeist: 90 procent patiënten 'pijnvrij'

Hoe verdubbel je in anderhalf jaar tijd het percentage postoperatieve patiënten zonder pijn? Dat vereist niet alleen een pijnprotocol, maar ook een multidisciplinaire aanpak, methoden om pijn te meten en te registreren, én scholing van artsen en verpleegkundigen.

NICOLETTE A.E.M VAN LENT-EVERS C.S.

Postoperatieve pijn is voor patiënten niet alleen onaangenaam, maar vergroot ook de kans op morbiditeit en mortaliteit. Zo neemt door het lijden van pijn na een operatie de kans op het ontstaan van het slecht behandelbare chronische-pijnsyndroom toe. Uit het oogpunt van patiëntveiligheid is het adequaat behandelen van postoperatieve pijn daarom erg belangrijk en zodoende ook opgenomen in de set prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Uit het IGZ-rapport 'Het resultaat telt' (mei 2005), opgesteld op basis van resultaten van ingeleverde prestatie-indicatoren, blijkt echter dat het in de praktijk lastig is de richtlijn Postoperatieve pijnbehandeling van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) te implemente-

ren in het ziekenhuis. Driekwart van de ziekenhuizen heeft weliswaar een pijnprotocol, maar slechts de helft beschikt over een acute pijnservice en alleen een kwart voert bij alle patiënten gestandaardiseerde pijnmetingen uit. Slechts dertien ziekenhuizen beschikken, althans voor een deel van de patiënten, over de resultaten van pijnmetingen.

ZIEKENHUISBREDE AANPAK

In 2003 start het Diakonessenhuis in Zeist op een chirurgische afdeling een pilot postoperatieve pijnbehandeling. De successen die hiermee worden behaald, zijn voor het projectteam aanleiding om in 2004 te beginnen met een ziekenhuisbrede aanpak van postoperatieve pijnbehandeling. Doelstelling is dat december 2004 90 procent van alle patiënten van het Diakonessenhuis in Utrecht en Zeist de eerste 48 uur na de operatie geen of slechts een geringe mate van pijn heeft, overeenkomstig met een score van 4 of lager op de visueel analoge schaal (VAS).

In het project werkt het Kernteam Postoperatieve Pijnbehandeling samen met afdelingshoofden en -teams. Het kernteam bestaat uit een anesthesioloog, een hoofd van een chirurgische verpleegafdeling, een stafmedewerker van

betekent deelname aan alle projectbijeenkomsten, communicatie hierover met en instructie van verpleegkundigen en het tijdig inleveren van meetresultaten. In de startbijeenkomst wordt ook informatie gegeven over de risico's van pijn, zoals verwoord in de richtlijn van de NVA. Ook komen aan de hand van de resultaten van de pilot-afdeling in Zeist mogelijkheden tot verbetering van pijnbehandeling aan bod.

Na de startbijeenkomst vormt elk afdelingshoofd een eigen team, dat, naast het afdelingshoofd of de teamcoördinator zelf, bestaat uit één of twee 'aandachtsverpleegkundigen' van de afdeling. Voor alle teams worden vier gezamenlijke werkconferenties gepland, verspreid over een aantal maanden.

PIJNMEETLATJE

Alle teams worden geschoold in het meten van pijn en hebben de taak om op de eigen afdeling ook alle verpleegkundigen daarin te scholen. Uitgangspunt hierbij is dat verpleegkundigen bij alle patiënten postoperatief de eerste 48 uur minimaal vier maal daags de pijn meten en dat dit niet in rust gebeurt, maar bij doorademen, ophoesten of bewegen. De teams wordt ook onderwezen hoe

Bij alle patiënten wordt postoperatief 48 uur vier maal daags pijn gemeten

de afdeling Kwaliteit en een ziekenhuis-apotheker (als projectleider).

In 2004 nodigt het kernteam alle hoofden van afdelingen waar patiënten postoperatief worden verpleegd, uit voor een startbijeenkomst. Doel hiervan is allen te overtuigen van het belang van adequate pijnbehandeling en van commitment aan het project. Commitment

ze de maximaal gemeten pijnscores van de patiënt in een Excel-bestand moeten invoeren en hier een grafiek van kunnen maken. Het team gebruikt deze middelen om de resultaten aan de eigen afdeling en op werkconferenties van het project te laten zien.

Voor het meten van pijn gebruikt het Diakonessenhuis de visueel analoge

schaal (VAS) met behulp van een pijnmeetlatje. Hierbij geven patiënten op een schaal van 1 tot 10 zelf aan hoeveel pijn ze hebben. Om opiaten veilig te kunnen toedienen, wordt tegelijkertijd de mate van sedatie gemeten. Dit gebeurt met behulp van de Ramsey-score, die ook is aangegeven op het pijnmeetlatje. De sedatiescore volgens Ramsey, met een schaal van 1 tot 6, is een methode om te controleren of patiënten niet te veel opiaten krijgen.

Het doel van postoperatieve pijnbestrijding is een VAS-score lager dan 4, waarbij de sedatiescore ook kleiner dan 4 moet zijn. Bij een Ramsey-score boven de 4 moet de verpleegkundige direct contact opnemen met een arts.

In 2004 zijn de VAS- en de Ramsey-scores geregistreerd op losse formulieren, waarop ook de toegediende pijnmedicatie en eventuele bijwerkingen genoteerd zijn. Inmiddels zijn de VAS- en de Ramsey-scores als te registeren vitale parameters opgenomen in de 24-uurslijsten. Probleem is nog dat deze lijsten in de patiëntenstatus thuishoren. Dit maakt het lastig om achteraf meetgegevens te verzamelen. In afwachting van registratiemogelijkheden in het elektronisch patiëntendossier worden daarom anno 2006 nog steeds losse formulieren gebruikt om de meetresultaten te verzamelen.

MORFINEANGST

Sinds mei 2004 wordt in het hele Diakonessenhuis bij alle postoperatieve patiënten de pijn gemeten. De geanalyseerde meetgegevens van die maand vormen de nulmeting. Ziekenhuisbreed kampt op dat moment 25 tot 60 procent van de patiënten met matige tot ernstige pijn. Er wordt een aantal interventies ingezet om dit percentage te verminderen.

Om te beginnen is het protocol voor postoperatieve pijnbehandeling herzien. Hierin is de organisatie van de pijnbehandeling duidelijk aangegeven. Het nieuwe protocol geeft aan dat pijnmedicatie prooperatief wordt gestart en daarna op standaardtijden wordt toegediend. Ook besteedt het protocol aandacht aan het anticiperen op het moment waarop de medicatie kan zijn uitgewerkt. Pijnmeting vindt plaats op standaardtijden en na het geven van extra pijnmedicatie.

Om alle verpleegkundigen te scholen op het gebied van postoperatieve pijnbehandeling en in het gebruik van het nieuwe pijnprotocol, nemen zij juni

BEELD: HANS OOSTRUM



Met het pijnmeetlatje wordt de VAS-score voor pijn en de Ramsey-score voor de mate van sedatie vastgesteld.

2004 deel aan scholingsbijeenkomsten. De afdelingshoofden zijn ervoor verantwoordelijk dat alle verpleegkundigen één van deze bijeenkomsten bijwonen. Bij de scholing vormen de uitkomsten van de nulmeting een goede stimulans: omdat in het Diakonessenhuis de maximale in plaats van de gemiddelde pijnscore in 48 uur wordt geregistreerd, is goed te zien hoeveel pijn patiënten lijden. Een ander belangrijk aandachtspunt in de scholing is het wegnemen van angst voor het geven van morfine. Doordat verpleegkundigen in de nieuwe opzet de bijwerkingen van sedatie zelf meten, zien zij ook dat gevreesde bijwerkingen als

ademhalingsdepressies nauwelijks optreden. Ook tensiedalingen treden niet op bij toediening van morfine aan patiënten die hevige pijn lijden.

MEER PCA-POMPEN

Behalve voor verpleegkundigen zijn er ook scholingsbijeenkomsten voor artsen. Hierin wordt het belang benadrukt om postoperatieve pijnmedicatie tijdig én op vaste tijden - in plaats van 'zo nodig'- voor te schrijven. Uit de bijeenkomst blijkt dat er behoefte is aan het vereenvoudigd voorschrijven van een combinatie van diverse analgetica, zoals beschreven in het protocol. Dit is >>

<< geëffectueerd door pijnbehandelplannen op te nemen in het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). Daarnaast is aan elke afdeling een eigen anesthesioloog toegewezen met wie de pijnscores inhoudelijk worden doorgenomen. Uit de analyse van hoge VAS-scores blijkt dat er ingrepen zijn die postoperatief duidelijk meer pijn veroorzaken dan andere. Naar aanleiding hiervan is bij bepaalde ingrepen, zoals onderbuiklaparotomieën en mammacorrecties, het anesthesiebeleid op de operatiekamer aangepast en zijn er meer PCA-pompen (*patient controlled analgesia*) aangeschaft.

Met de huidige kennis en pijnbehandelingsmethoden is het in principe mogelijk dat patiënten geen of slechts een geringe mate van pijn ervaren na de ingreep. Het is van belang de patiënt zelf bij zijn of haar pijnbehandeling te betrek-

ken. Hiervoor is een speciale patiëntenfolder 'Pijnbehandeling bij operaties' opgesteld.

MISSELIJKHEID

Gedurende het project presenteren de teams op werkconferenties hun resultaten en bespreken zij onderling de behaalde successen en knelpunten. Tijdens de tweede conferentie in juni 2004 laten alle teams de uitkomsten zien van de nulmeting op de eigen afdeling. Hierdoor ontstaat een ziekenhuisbreed beeld van het percentage operatiepatiënten dat matige tot ernstige pijn lijdt en worden ook de verschillen tussen afdelingen duidelijk.

Tussen de tweede en derde werkconferentie is een begin gemaakt met het toedienen van meer morfine dan voorheen. Gevolg is wel dat bijvoorbeeld het optre-

den van misselijkheid nu vaker voorkomt, zo wordt op de derde werkconferentie (september 2004) opgemerkt. Ook blijken KNO-artsen en neurochirurgen terughoudend in het voorschrijven van NSAID's in verband met een ongewenst effect op de bloedstolling. Het Kernteam Postoperatieve Pijnbehandeling vult

'Zonder pijn zou een ziekenhuisopname een pretje zijn'

naar aanleiding hiervan het pijnprotocol aan met een protocol Behandeling van misselijkheid en braken. Voor de afdelingen KNO en neurochirurgie stelt het team een aparte bijlage op waarin - afwijkend van de overige afdelingen - de inzet van COX-2 selectieve NSAID's wordt beschreven.

GEEN PIJN, GEEN ZORGEN

Juni 2004 behaalt de afdeling dagbehandeling en kortverblijf in Zeist als eerste de doelstelling: 92 procent van de patiënten heeft de eerste 48 uur postoperatief geen of slechts weinig pijn. In verband met dit resultaat krijgt de afdeling ruime media-aandacht. De grootste beloning voor iedereen is de opmerking van een patiënt, die in een krant wordt geciteerd: 'Geen pijn, geen zorgen, lekker uitrusten. Zo kan een ziekenhuisopname nog een pretje zijn.'

De kern van het behaalde succes is en blijft de kennisoverdracht rond postoperatieve pijnbestrijding. Omdat er regelmatig personele wisselingen zijn, is herhaling van scholingsbijeenkomsten dan ook noodzakelijk.

Inmiddels heeft het Diakonessenhuis een computerprogramma ontwikkeld waarin verpleegkundigen makkelijk 'pijngegevens' kunnen invoeren. Hieruit zijn automatisch grafieken en rapportages te genereren. April 2005 heeft het kernteam het verzamelen en analyseren van gegevens overgedragen aan de stafafdeling Zorg en Kwaliteit. Tegelijkertijd is de verantwoordelijkheid voor het laten meten en registreren van pijn door verpleegkundigen overgedragen aan het afdelingsmanagement.

Ook is in het digitale ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) van het Diakonessenhuis, waarvan het toekomstige

Belangrijk is dat de patiënt zelf bij het behandelen van pijn wordt betrokken.



BEELD: HANS OOSTRUM

SAMENVATTING

- De richtlijn Postoperatieve pijnbehandeling van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA, 2003) benadrukt dat het hebben van een pijnprotocol alleen niet toereikend is om pijn effectief te behandelen.
- Voor effectieve pijnbehandeling zijn gestandaardiseerde pijnmetingen en een goede organisatie van de pijnbehandeling noodzakelijk.
- Uit het IGZ-rapport 'Het resultaat telt' (mei 2005), opgesteld op basis van de resultaten van ingeleverde prestatie-indicatoren, blijkt dat het in de praktijk lastig is de richtlijn van de NVA te implementeren in het ziekenhuis.
- Het Diaconessenhuis Utrecht en Zeist heeft de richtlijn Postoperatieve pijnbestrijding succesvol geïmplementeerd.
- Een effectieve implementatie van deze richtlijn vergt een multidisciplinaire aanpak.

elektronisch patiëntendossier deel zal uitmaken, al ruimte gereserveerd zodat ook de VAS- en de Ramsey-score hierin kunnen worden genoteerd. Dit maakt een eenvoudiger extractie van deze gegevens mogelijk dan - totnogtoe - vanuit papieren dossiers.

IMPLEMENTATIE

December 2004 is de beoogde doelstelling van het project nog niet behaald. Wel is het percentage pijnvrije patiënten al fors gestegen, namelijk van 45 procent bij de nulmeting in mei 2004 tot 81 procent aan het eind van dat jaar. Deze gunstige ontwikkeling zet door. Tussen juli en december 2005 beweegt het percentage 'pijnvrije' patiënten zich tussen de 86 en 91 procent. Het doel van het project is daarmee nagenoeg gehaald: (bijna) 90 procent van de postoperatieve patiënten van het Diaconessenhuis Utrecht en Zeist heeft de eerste 48 uur een maximale VAS-score van kleiner of gelijk aan 4.

Een effectieve implementatie van de richtlijn Postoperatieve pijnbehande-

ling (NVA) vergt een intensieve, multidisciplinaire aanpak. In het Diaconessenhuis Utrecht en Zeist is daar werk van gemaakt - en dat heeft geleid tot het gewenste resultaat. ■

N.A.E.M van Lent-Evers,
ziekenhuisapotheker

F. Wille,
anesthesioloog

P. Albers,
hoofd verpleegafdeling chirurgie/orthopedie

L. Stoorvogel,
stafmedewerker afdeling Zorg en Kwaliteit

Correspondentieadres: nvlent@diakhuis.nl

De richtlijn Postoperatieve pijnbehandeling van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



PRAKTIJKPERIKEL

Cyanose



Onlangs kwam een adolescent die ik de laatste drie jaar niet meer had gezien, op het spreekuur, vergezeld van zijn moeder.

Het was hem en zijn moeder opgevallen dat hij de laatste dagen blauwe verkleuringen had. Eerst waren op een ochtend blauw ver-

kleurde oorrellen opgevallen, bij nadere inspectie bleken ook de vingertoppen en enkels blauwig verkleurd. Deze klachten verdwenen ook weer, maar de volgende ochtend bleken ellebogen, polsen en knieën blauwig te zijn. Vanochtend zag de jongen zo grauw in het gezicht en bleek bij inspectie de nek blauw. De knokkels, die donker zagen, vond moeder minder verontrustend.

Bij doorvragen bleek hij ook moe en snel kortademig. Ook had hij wel eens bloed aan de tandenborstel. En hij was zeker kouwelijk overdag. Vader was een jaar of tien geleden

gestorven na een periode van uitgebreid cardiovasculair lijden.

Op mij maakte zijn bleekblauwe teint een indruk als van iemand die chemotherapie kreeg. Voordat ik het lichamenlijk onderzoek begon, keek ik met een vaag ongerust gevoel zijn medicatiestatus na: gebruikte hij geen neurolopetica die beenmergdepressie konden geven, in ieder geval trombopenie?

Inspectie en palpatie van de MCP-gewrichtjes liet een oppervlakkige verkleuring zien, die zich onder mijn vingers liet verschuiven. Geen zwelling, geen warmte, geen functieverlies.

Een paar keer vegen met een alcoholswab bleek een goede ingeving: het blauw zat aan de buitenkant.

Daarna was de oorzaak snel gevonden: sinds een week sliep hij op een nieuw donkerblauw onderlaken. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.