

Data zijn moeilijk te registreren en komen niet uniform tot stand

Pijnmeting blijft aanvechtbaar

Tim van der Zwan, anesthesioloog, vakgroepmanager anesthesiologie

Robert de Vos, consultant acute pijnservice

Joris Broeren, anesthesioloog

Sally Bubbers, anesthesioloog

Allen: HagaZiekenhuis, Den Haag, lokaties Leyweg, Sportlaan en Juliana Kinderziekenhuis

Correspondentieadres: t.vanderzwan@hagaziekenhuis.nl; c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

Uitkomsten van de kwaliteitsindicator 'pijn na operatie' zijn nog steeds discutabel. De manier van meten, maar ook de patiëntenpopulatie, verschilt per ziekenhuis. Veel hangt bovendien af van de moeilijk vast te leggen bedrijfscultuur.

In april 2008 riepen collega's uit het Medisch Centrum Alkmaar in Medisch Contact op om te komen tot landelijke afspraken over het meten van pijn.¹ Zij stelden dat de uitkomsten van de indicator 'pijn na operatie' anders nooit vergelijkbaar zouden worden. Anno 2012 moeten we constateren dat de situatie niet is veranderd. En dat is ook niet zo raar. Volgens de Basisset Kwaliteitsindicatoren 2012 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg moeten onder andere de volgende onderdelen gescoord worden:

- Het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten. Hieraan is geen minimumnorm gesteld.
- Het percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na operatie, waarbij de grens van 5 procent als wenselijke uitkomstmaat wordt gezien.² Aan deze eis valt echter nauwelijks te voldoen. De situatie in het HagaZiekenhuis laat dat zien.

Pijn door hoesten

In ons topklinische multilocatieziekenhuis meten wij een hoger gemiddelde dan 5 procent van mensen met een pijnscore >7 op één moment in de eerste 72 uur na operatie. Leveren wij dan suboptimale zorg? Nee. In de eerste plaats verrichten onze operateurs zeer veel ingrepen met een bekend hoog risico op veel postoperatieve pijn. Dat geldt voor een groot deel van de orthopedische, maar ook voor de vele abdominale en thoracale ingrepen. Bij deze patiënten worden daarom

naast de basispijnmedicatie, volgens de state-of-the-art inzichten standaard aanvullende echo-geleide locoregionale blokkadetechnieken en neuraxiale technieken uitgevoerd. Vaak worden katheters achtergelaten voor continue pijnstilling of zogenaamde *patient-controlled* toediening van bolussen via die katheter. Voor patiënten met contra-indicaties is er *patient controlled analgesia* (PCA) met intraveneuze opiaten voorhanden eventueel aangevuld met continue s-ketamine-toediening. Er is voor alle locaties een acuut pijnteam dat deze patiënten dagelijks bezoekt en ook pijnscores analyseert. Ook voor patiënten zonder deze pijnstillingstechnieken is er een uniform pijnprotocol waarin verpleegkundigen op basis van pijnscores – volgens de zogenaamde Numeric Rating Scale – elk uur extra pijnmedicatie kunnen toedienen. Maar ook als de patiënt vraagt om extra pijnstilling en bij mobiliseren. De score is nota bene bedoeld om het verloop van de pijn en het effect van de pijnbehandeling te monitoren. Als er een subgroep bij analyse uitspringt met veel pijn of misselijkheid wordt zo mogelijk het beleid aangepast; dit is een continu proces. Wij kunnen van 94,6 procent van onze klinische patiënten pijnscores leveren. We maken daarbij geen selectie en nemen de tekst van de IGZ letterlijk. Dit betekent dat ook een patiënt die in drie dagen maar één moment heeft van hevige pijn al aan de criteria van de IGZ voldoet. Dus ook bij pijn door hoesten, mobiliseren of dislocatie van een pijnstillingskatheter. De kans dat dit optreedt bij meer dan 5 procent, dus één



Een patiënt geeft een pijn-score aan zodat het verloop van de pijn en het effect van de pijnbehandeling kan worden gemonitord.

beeld: Getty Images

op de twintig patiënten, is natuurlijk zeer groot. Wij zien bovendien bij de invoering van een elektronisch verpleegkundig dossier dat hoe beter je registreert, hoe meer hoge scores je vangt.

Eigen interpretatie

Steeds meer ingrepen waarna er postoperatief geen opiaatbehoefte (meer) bestaat, worden in dagbehandeling gedaan. Dit kan komen door onze steeds betere en langer werkende locoregionale anesthesietechnieken of door de veranderende benaderingswijzen van de snijders, die steeds meer minimaal invasief worden. Ook zie je een verschuiving van de gezonde populatie, die kleine, minder pijnlijke ingrepen ondergaat, naar commerciële privéklinieken en zelfstandige behandelcentra. Dit betekent dat de casemix, die in een groter breed opgezet ziekenhuis achterblijft, steeds meer *at risk* zal worden voor postoperatieve pijn. Pijnscores in deze centra zullen dus eerder toe- dan afnemen.

In het kader van deze problematiek hebben wij bij verschillende ziekenhuizen en collega's rondvraag gedaan over de totstandkoming van hun cijfers.

Wat vooral opvalt, is dat iedereen daar zo zijn eigen

interpretatie van heeft en dit naar eigen goed-dunken doet.

Er blijken verschillende oorzaken te zijn van lagere scores:

- Hoewel het ideaal natuurlijk is om in de loop van het jaar de pijnstillingstechnieken te optimaliseren, kost dat, als je het op een verantwoorde evidencebased manier wilt bewerkstelligen, in de regel meer tijd.
- Alleen de routinemetingen op vaste tijdstippen meenemen in de analyse en niet de doorbraakpijnmomenten of pijn tijdens mobilisatie.
- Een selectie maken van een populatie met weinig pijnrisico of omgekeerd het excluderen van een populatie of afdeling met veel pijnrisico's.
- Alleen het effect scoren van een interventie met extra pijnstilling na een hulpvraag en niet de pijn voor de interventie.
- Het melden van verkoevermetingen in plaats van afdelingsmetingen.
- Een subjectief cijfer geven van wat hulpverleners denken van de pijnbeleving op hun afdeling.

Minder pijnlijke ingrepen gebeuren in commerciële privéklinieken



In MCTV Uitgelicht bespreekt anesthesioloog Tim van der Zwan de manier waarop in zijn ziekenhuis met pijnscores wordt gewerkt.



/video

SAMENVATTING

- Het streven om bij minder dan 5 procent van de patiënten een pijnscore hoger dan 7 te bereiken kort na operatie, lijkt irreëel.
- Betere indicatoren zouden zijn: snelheid en effect van interventies bij doorbraakpijn en het goed naleven van een pijnprotocol.

Niet haalbaar

De pijnscore hangt dus allereerst af van het type operaties waarna je meet en of je alleen op vaste tijdstippen registreert of ook bij doorbraakpijn. Ook moeten we ons realiseren hoeveel mensen er met chronische pijn rondlopen. In het 'Pain proposal-initiatief' (www.mijnpijn.nl) wordt op basis van analyses door deskundigen en van Europees onderzoek voor Nederland een prevalentie berekend van 18 procent, waarvan 31 procent ernstige pijn ervaart.³ Dat betekent dat vóór een operatie al meer dan 5 procent van de mensen hoger dan 7 scoort.

De IGZ zelf verwijst in genoemd document naar een overzichtsartikel uit 2002, waarin achthonderd originele artikelen en reviews worden geanalyseerd over dit onderwerp.⁴ Dit ging dus per definitie om patiënten in een onderzoekssituatie, waarbij goed pijn werd gemeten. Hierin werd een incidentie van ernstige pijn (pijnscores > 7) van 10,7 procent gevonden. Als er alleen intramusculaire of subcutane toediening van opiaten plaatsvond zonder kathetertechnieken of intraveneuze PCA-methodes, was dit 29,1 procent. Zelfs bij patiënten met pijnstilling via een epiduraalkatheter, wat voor veel operaties als gouden standaard geldt, werd een percentage van 7,8 gevonden.

Dit artikel eindigt met de zin dat de auteurs een gemiddelde van onder de 5 procent niet haalbaar achten.

Een pijnscore > 7 op enig moment in 72 uur bij 10 tot 15 procent van de klinische postoperatieve populatie lijkt reëel. In deze range zit onze kliniek in sommige periodes ook. Zelfs als we alleen die patiënten scoren met een kathetertechniek of een intraveneuze pijnstilling (> 2000 patiënten) komen we op 8 procent.


Natuurlijk moeten we er altijd naar streven om

dit percentage omlaag te krijgen. Maar een score die de 0 procent benadert zal totaal ongeloofwaardig zijn. Een score onder de 5 procent is misschien haalbaar voor een kliniek zonder veel orthopedische patiënten en zonder thorax- of grote bovenbuikchirurgie.

Perverse motivatie

De ziekenhuizen die een hoger percentage mensen postoperatief meten met *momenten* van meer pijn zijn tegen deze achtergrond niet per definitie leveranciers van slechte zorg. De meting kan zeker een goed intern evaluatiemiddel zijn.

Voor spiegeling aan andere klinieken voor het kwaliteitsaspect is het ongeschikt. De volgende zaken lijken ons wél indicatoren van de kwaliteit van zorg, omdat het geen meetwaarden betreft, maar rapportages van objectieve voorwaarden: een gedefinieerde acute pijnservice, een praktisch uitvoerbaar pijnprotocol, het daadwerkelijk meten en registreren van pijn en het sturen van beleid hierop en, misschien wel het belangrijkste, de vraag of er gehandeld wordt als een patiënt pijn aangeeft, hoe snel de respons dan is en of de interventie effect heeft. Maar ook dit zullen moeilijk te registreren data zijn. Het kwaliteitsaspect uit zich vooral in moeilijk meetbare entiteiten zoals intramurale cultuur en het echt naleven van een goed protocol.

Het is gebleken dat van het streven om goede te scoren op ranglijsten een perverse motivatie uitgaat om creatief met registraties om te gaan; dat geldt des te meer als de norm irreëel scherp wordt gesteld bij een bepaalde casemix. De landelijk gestelde norm van minder dan 5 procent van de postoperatieve patiënten met een pijnscore lager dan 7, moet daarom worden losgelaten. 



Een eerder MC-artikel over dit onderwerp en de voetnoten vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl



beeld: BSIP HH