

Optimaal pijnbeleid

Pijn is een belangrijk signaal voor het lichaam dat er sprake kan zijn van een ernstige bedreiging. In veel gevallen moet pijn worden beschouwd als een ernstige comorbiditeit die het resultaat van medische en chirurgische behandeling kan beïnvloeden, alsook kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven bij patiënten. Het is daarom van essentieel belang dat pijn bij alle patiënten in de zorginstelling tijdig herkend en behandeld wordt. Een optimaal pijnbeleid is dan ook belangrijk voor het welzijn van patiënten. Pijnbeleid raakt aan vele aspecten van de zorgverlening.

In alle gevallen is:

1. een zorgvuldig beleid nodig waarbij infrastructuur (een pijnteam etc.), opsporing (pijnscreening, pijnmeting en pijnanamnese in verband met het multidimensionele karakter van pijn), analyse van de oorzaak en behandeling van de pijn een rol spelen;
2. een bewuste sturing belangrijk. Alle patiënten screenen, elke pijn onderzoeken en alle pijn behandelen is niet goed, dat bij niemand doen zeker ook niet.

Om allerlei redenen is het gestructureerd vragen naar pijn, het digitaal registreren van pijnmetingen en het evalueren van pijnbehandeling volgens de PDCA-cyclus nog geen routine handeling in de meeste zorginstellingen ten aanzien van alle patiëntengroepen.

Zorginstellingen die de processen rondom pijnbehandeling niet goed geregeld hebben, zullen in potentie ziekere patiënten hebben met een langere opnameduur, een vertraagd herstel en meer risico op het ontstaan van chronische pijn. Het verbeterdoel moet leiden tot een optimaal pijnbeleid resulterende in een betere zorg en minder risico's voor patiënten. Het doel van de multidisciplinaire werkgroep is het aanzetten tot invoering/toepassing van een proces, namelijk het toepassen van de PDCA- cyclus ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de pijnzorg in de Nederlandse zorginstellingen.



Verbeterdoel Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling

Verbeteronderdelen

Voor het verbeterdoel moeten de volgende vragen door de instelling per onderdeel van het doel worden beantwoord:

- *In hoeverre is dit verbeteronderdeel geïmplementeerd (zie ook onder Hulpmiddelen)?*
- *Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?*
- *Welke verbeteringen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?*
- *Is het beleid goed afgestemd op de behoeften van patiënten, rekening houdend met de mogelijkheden van zorgverleners?*

Verbeteronderdelen waarover gereflecteerd moet worden:

1. De instelling beschikt over een **pijnbeleid**.
2. De instelling heeft een **infrastructuur** voor pijnbeleid ingericht, met behulp van een pijnservice.
3. De instelling biedt zorgverleners adequate toegang tot de voorhanden zijnde **expertise** op het gebied van pijn in de zorginstelling.
4. De instelling beschikt over een passend **signaleringssysteem** voor het opsporen van pijn, dat aandacht besteedt aan een selectie van groepen patiënten at risk, frequentie van pijnmeting en registratie. Er moet beleid zijn, in aansluiting op dit signaleringssysteem, voor het verbinden van een pijnmeting met een actie, zowel analyse als behandeling.
5. De instelling dient aandacht te besteden aan het **beheersen van het gebruik van pijnmedicatie**. Dit in het kader van pijnmedicatie die potentieel verslavend kan zijn en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor duurzaamheid (bijvoorbeeld een verantwoord gebruik van middelen).
6. De instelling dient aandacht te besteden aan **niet-farmacologische interventies** bij pijn.

Inclusie- en exclusiecriteria

De zorginstelling dient zelf te bepalen of het verbeterdoel Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling van toepassing is voor het zorgaanbod.

Bestuurlijk oordeel

- *Hoe beoordeelt de bestuurder de kwaliteit van zorg op dit verbeterdoel, rekening houdend met de verbeteronderdelen?*

Toelichting:

Richtlijn of norm

- Richtlijn Postoperatieve pijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2012.
- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker modulaire herziening. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2015.
- Multidisciplinaire richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 1,2,3. Met herziene tekst. (ISBN 978-90-74785-11-2). Utrecht: Verenso; 2016.
- Richtlijn Pijnbehandeling bij traumapatiënten in de spoedzorgketen. (ISBN 978- 90-811 641-4-6). Nijmegen: Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen; 2010.
- Richtlijn Palliatieve zorg bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2013.
- Richtlijn Pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2007.
- Herziene richtlijn analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de intensive care. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care; 2013.
- Richtlijn Pijn in: Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de Praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC); 2010.

Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel per verbeteronderdeel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van Hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, DICA, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc.
- Resultaten audits, tracers.
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.)
- Organisatie van processen.

Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

In de IGJ Basissets MSZ van de afgelopen jaren is een groot aantal indicatoren opgenomen dat kan worden gebruikt als hulpmiddel bij het beantwoorden van de vraag:

- Postoperatieve pijnmeting en registratie (Basissets 2003-2020).
- Algemeen pijnbeleid.
- Pijnservice.
- Pijnmeting op de polikliniek.

Nieuwe hulpmiddelen

- Pijnmeting

Inclusiecriteria: Alle klinisch opgenomen postoperatieve patiënten op de verpleegafdelingen.

Hoeveel patiënten zijn geopereerd in uw instelling in het verslagjaar?

Antwoord: Aantal:

Teller: Het aantal patiënten dat op enig moment in de eerste 72 uur na een operatie een NRS score van 4 of hoger heeft die niet acceptabel is volgens het instellingsprotocol en die bij een eerstvolgende pijnmeting (binnen 10 uur) wel acceptabel is.

Noemer: Het totaal aantal patiënten met een NRS score van 4 of hoger op enig moment in de eerste 72 uur na de operatie die niet acceptabel is volgens het instellingsprotocol.

Percentage:

- Pijnservice

Inclusiecriteria: Alle instellingen waar patiënten opgenomen zijn.

Welk percentage van het geheel van eigenschappen van de pijnservice heeft de pijnservice in uw instelling?

Teller: Opgetelde punten toegewezen aan eigenschappen van de pijnservice.

Noemer: Totaal aantal punten (100).

1. De pijnservice is 24 uur per dag, 7 dagen per week aanspreekbaar voor alle opgenomen patiënten met pijn: 10 punten.
2. De pijnservice heeft een multidisciplinaire samenstelling: 10 punten.*
3. De medisch specialist heeft een aanvullende vakinhoudelijke opleiding ten aanzien van pijnbehandeling; van de verpleegkundigen en/of anesthesiemedewerkers hebben minimaal 50% een aanvullende vakinhoudelijke opleiding ten aanzien van pijnbehandeling: 10 punten.
4. De pijnservice verzorgt de coördinatie en kwaliteitsbewaking van periodieke pijneducatie aan patiënten, verpleegkundigen en artsen: 10 punten.**
5. De pijnservice verzorgt de coördinatie en kwaliteitsbewaking bij het opstellen van behandelplannen, protocollen en/of werkwijzen ten aanzien van pijnmanagement: 10 punten.***
6. De pijnservice evalueert aantoonbaar het multidisciplinair pijnbeleid van afdelingen in de instelling: 10 punten.***
7. De pijnservice geeft op afdelingsniveau actieve mondelinge terugkoppeling van pijndata betreffende de uitkomsten van evaluatie: 10 punten.
8. De uitkomsten van de evaluatie worden verwerkt in behandelplannen, protocollen en/of werkwijzen ter verhoging van de kwaliteit en veiligheid voor patiënten: 10 punten.
9. De pijnservice coördineert en bewaakt het kwaliteitsbeleid ten aanzien het verantwoord opioïdengebruik tijdens en na opname: 10 punten.
10. De pijnservice stimuleert het verantwoord toepassen van niet-farmacologische toepassingen in het kader van ZMO: 10 punten.****

* Minimaal een medisch specialist en verpleegkundige/anesthesiemedewerker. Er is periodieke consultatie van overige disciplines bijvoorbeeld: apotheker, medisch specialist van ander specialisme, psycholoog, data-analisten, kwaliteitsmedewerker.

** Hiermee wordt bedoeld het scheppen van voorwaarden in organisatie en beleid met betrekking tot educatie. Zoals er voor zorgen dat er folder materiaal is, protocollen waarin wordt uitgelegd wanneer en op welke manier zorgverleners pijneducatie zouden moeten geven aan patiënten, het organiseren van half tot tweejaarlijkse scholing en uitvoeren van een introductie scholing verpleegkundige en artsen.

*** Hiermee wordt bedoeld de eerste 3 stappen van de PDCA cyclus op het gebied van pijnagnostiek en pijnbehandeling.

**** Enkele voorbeelden van ZMO zijn: angstreductie, therapietrouw bevorderen, warmte- of koude therapie.

- Verantwoord gebruik van opioïden
Inclusiecriteria: Alle instellingen waar patiënten opgenomen zijn.
Exclusiecriteria: Oncologische patiënten (zie bijlage, oncologische DBC codes).

Welk percentage patiënten dat met een recept voor opioïden met ontslag gaat, heeft op het recept een stopdatum staan?

Teller: Opgenomen patiënten die met ontslag gaan, met een recept voor opioïden, voorzien van een stopdatum.

Noemer: Totaal aantal patiënten dat met ontslag gaat met een recept voor opioïden.

Percentage:

Toelichting:

Definities

Pijn is volgens de definitie van de International Association for the Study of Pain (IASP 2020): “Een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, die geassocieerd is, of geassocieerd lijkt te zijn, met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging.”

Chronische pijn wordt gedefinieerd als pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer duurt dan de verwachte tijd voor herstel na beschadiging of ziekte.

Pijnmeting omvat de pijnintensiteit, die de patiënt zelf aan zijn pijn toekent. Daarnaast is het belangrijk om de mening van de patiënt over zijn pijn te achterhalen (acceptabel of niet) en het lichamelijk functioneren wel of niet gehinderd door pijn te observeren. Bij patiënten met een uitingsbeperking moet een observatieschaal gebruikt worden om een inschatting van de mate van pijn te bepalen.

Een pijnservice is een multidisciplinair samengesteld team waarbij in ieder geval een anesthesioloog/pijnbehandelaar en een in pijn gespecialiseerde verpleegkundige of anesthesiemedewerker aanwezig is. Een pijnservice is te allen tijde te raadplegen ten aanzien van pijn bij patiënten. De pijnservice voert patiëntconsulten uit, verzorgt pijneducatie aan patiënten en medewerkers in de instelling, analyseert digitaal geregistreerde pijngegevens en gebruikt deze als basis voor het opzetten van kwaliteitsverbeterprojecten.

Opioïden zijn alle middelen die in het Farmacotherapeutisch kompas staan aangeduid onder de geneesmiddelen groep “Opioïden”, te weten de middelen die de opioïdreceptoren in het centraal zenuwstelsel bezetten.

Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2020 ten behoeve van de basisset MSZ.

De volgende personen waren afgevaardigd in de werkgroep:

V&VN Pijnverpleegkundigen	Dr. Rianne van Boekel (voorzitter)
NVA	Drs. Frank van Haren
NVAM	Linda van de Werken BAsc
NVN	Dr. Joost Jongen
V&VN Oncologie	Drs. Gertrud van der Werff
V&VN Pijnverpleegkundigen	Dr. Jacqueline van Dijk
Beroepsvereniging Recovery Verpleegkundigen (BRV)	Steven Bijlholt BNurs
NVR	Dr. Alfons den Broeder
NIV	Drs. Robbert van Alphen

Bijlage oncologische DBC's

- 621 Maligniteit, kleincellig carcinoom bronchus
- 622 Maligniteit, grootcellig carcinoom bronchus
- 623 Maligniteit thymoom
- 624 Maligniteit Pleura
- 629 Overige maligniteiten thorax nno
- 801 maligniteiten hoofd-hals
- 802 Maligniteit CZS (primair)
- 811 Maligniteit mamma
- 821 Maligniteit ovarium
- 822 Maligniteit cervix
- 823 Maligniteit endometrium
- 831 Maligniteit testis
- 832 Maligniteit prostaat
- 833 Maligniteit urinewegen
- 834 Maligniteit nier/Grawitz
- 839 Overige maligniteiten tractus uro/genitalis
- 841 Maligniteit bot en gewrichtskraakbeen
- 842 Maligniteit huis/melanoom
- 843 Maligniteit weke delen
- 899 Maligniteit nno
- 904 Maligniteit slokdarm/ cardia
- 914 Maligniteit maag (exclusief cardia)
- 927 Maligniteit colorectaal
- 955 Levertumor nno
- 964 Maligniteit pancreas
- 979 Overige maligniteiten tractus digestivus
- 752 Non Hodgkinlymfoom (NHL) laaggradig
- 753 Non Hodgkinlymfoom (NHL) intermediair/hooogg
- 756 Acute lymfatische leukemie
- 757 CLL, Waldenström, Hairy cell leukemie
- 759 Overige lymfoproliferatieve aandoeningen nno
- 761 Acute myeloïde leukemie/RAEB-t
- 763 Myelodysplasie overige nno
- 771 Chronische myeloïde leukemie (CML)
- 772 Polycytemia vera, essentiële trombocytose
- 773 CMMoL
- 779 Overige myeloproliferatieve aandoeningen