



# Een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling

Verbeterdoel uit de Basisset medisch specialistische zorg (MSZ)

## Rode draad



*Deze Rode draad gaat over het verbeterdoel 'Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling' uit de Basisset medisch specialistische zorg (MSZ). De Rode draad is bedoeld als inspiratie voor ziekenhuizen en particuliere klinieken. De informatie en de goede voorbeelden in deze Rode draad komen uit de inspiratiesessie over een optimaal pijnbeleid.*

### Achtergrond verbeterdoel

Ziekenhuizen en particuliere klinieken leveren informatie over de door hen geboden zorg aan bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Sinds 2020 kan dit in de vorm van een verbeterdoel. Dit sluit aan bij wat zorgprofessionals doen op de werkvloer. In een verbeterdoel staat een risicovol thema centraal. We vragen ziekenhuizen en particuliere klinieken om te laten zien hoe zij dit onderwerp aanpakken. Dit begint met een beschrijving van de huidige situatie en de risico's. Deze beschrijving is de input voor een verbetertraject met vervolgacties. Hierbij gaat het om de plan-do-check-act (PDCA)-cyclus. Sinds 2021 is optimaal pijnbeleid uitgevraagd als verbeterdoel. Het verbeterdoel is ontwikkeld door een werkgroep met zorgprofessionals.

### Optimaal pijnbeleid

Uit de eerste aanlevering van het verbeterdoel door ziekenhuizen en particuliere klinieken blijkt dat er nog een belangrijke

taak ligt om het optimaal pijnbeleid te verbeteren. Er zijn mooie voorbeelden van hoe dit aangepakt kan worden. Ziekenhuizen en particuliere klinieken kunnen zichzelf verbeteren en ook leren van elkaar.

### Inspiratie voor een optimaal pijnbeleid

De inspiratiesessie 'Optimaal pijnbeleid' vond plaats op 3 oktober 2022. Het doel was elkaar inspireren en van elkaar leren. Er waren ruim 130 deelnemers online aanwezig, uit het hele land. De deelnemers waren zorgprofessionals en staf- en kwaliteitsmedewerkers uit ziekenhuizen en particuliere klinieken.

130 deelnemers namen deel aan de inspiratiesessies op 3 oktober

### Onderdelen van een optimaal pijnbeleid

Jacqueline van Dijk, verpleegkundige op de pijnpoli van het UMC Utrecht en voorzitter van de werkgroep 'Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling', opent de inspiratiesessie. Ze vertelt waarom een optimaal pijnbeleid zo belangrijk is: het leidt tot goede zorg voor patiënten met pijn én minder risico's. Het opsporen en eventueel behandelen van de pijn zijn belangrijke onderdelen van een optimaal pijnbeleid. Dit kan alleen als de zorginstelling de juiste infrastructuur voor pijn heeft én het pijnbeleid regelmatig evalueert volgens de PDCA-cyclus. Bij de behandeling moet ook aandacht zijn voor interventies zonder medicatie en het verantwoord

voorschrijven van opioïden. Opioïden zijn medicijnen die verslavend kunnen zijn.

### **Pijnscore alleen is niet zaligmakend**

Jacqueline pleit voor flexibel omgaan met pijnscores: “Bij een pijnscore van 4 of hoger hóef je niet altijd pijnmedicatie of een andere interventie in te zetten. Veel patiënten met een pijnscore van 4 of hoger vinden de pijn draaglijk. In dat geval is de vraag of de patiënt kan functioneren een veel belangrijker graadmeter.

Daarnaast kan het voorkomen dat patiënten met een pijnscore lager dan 4 wel een interventie nodig hebben. De pijnscore alleen is dus niet zaligmakend.” Ze vertelt dat een collega-verpleegkundige uit een ander ziekenhuis een 3 in het dossier noteert als een patiënt met een pijnscore 5 goed kan functioneren en geen aanvullende pijnmedicatie wil. Waarom? Omdat er niet teveel pijnscores van 4 of hoger aangeleverd mogen worden. “Ik had gehoopt dat we dat inmiddels niet meer deden.”

### **Metten én actie ondernemen**

Ze plaatst vraagtekens bij ‘het meten om het meten’. “Uit de terugkoppeling van 2021 blijkt dat veel zorginstellingen nog blijven hangen in het meten van pijn. Ze denken ‘zolang we minimaal drie keer per dag de pijn meten en dit terugkoppelen aan IGJ is het goed’. Metten heeft echter geen zin als we niet ook actie ondernemen als de patiënt of de situatie daarom vragen.” Daar mag in de volgende terugkoppeling meer aandacht voor zijn. Net als voor de registratielast die het meten en registreren van pijn met zich meebrengen. “Als een patiënt geen pijn heeft, is het onzin om drie keer per dag te meten.” Jacqueline stelt voor om het signaleren van pijn meer aan de professionals over te laten. “We kunnen we het aan de professional overlaten om de patient te blijven observeren en naar pijn te vragen als hier aanwijzingen voor zijn.”

### **Verbeterpunten en goede voorbeelden**

Jacqueline noemt een aantal verbeterpunten. Bijvoorbeeld dat ziekenhuizen vaak meerdere pijnprotocollen hebben, maar geen overkoepelend pijnbeleid voor het héle ziekenhuis. Ook zijn specifieke protocollen voor kinderen of ouderen soms onvoldoende uitgewerkt. Verder hebben de meeste ziekenhuizen een pijnservice, maar of deze goed is ingericht is niet altijd duidelijk. Een belangrijk verbeterpunt is de beheersing van het opioïdengebruik. Dat krijgt nog niet in alle zorginstellingen voldoende aandacht. “Omdat patiënten steeds korter in een zorginstelling verblijven, krijgen ze vaak een recept voor opioïden mee naar huis. Vanuit de veronderstelling dat de huisarts deze pijnmedicatie wel stopt.” Maar dat kan fout gaan. “Beter is het als een zorginstelling een beperkte hoeveelheid opioïden voorschrijft. En dat een patiënt vervolgens alleen meer kan krijgen na tussenkomst van een arts, dus niet via een herhaalrecept.” Jacqueline deelt een paar goede voorbeelden uit haar eigen regio. “In de regio Utrecht praten de ziekenhuizen met elkaar en met huisartsen over verantwoord opioïden voorschrijven. Het UMC Utrecht ontwikkelde bovendien een folder over het afbouwen van pijnmedicatie na de operatie. Want patiënten hebben

vaak geen idee hoe dat moet. Ook startte het UMC Utrecht een postoperatieve pijnpoli, die patiënten begeleidt bij het afbouwen van opioïden als zij met hoge doseringen naar huis gaan.”

### **Vertrouwen op de professional**

Waar vind je de balans tussen pijn meten en patiënten goed in de gaten houden, wil een deelnemer weten. Jacqueline geeft aan dat dat lastig is. “Maar na al die jaren aandacht vragen voor pijn weten zorgprofessionals echt wel hoe ze moeten observeren en vragen. We mogen meer vertrouwen op de zorgprofessional. Dat is beter dan standaard drie keer per dag meten en dan misschien op een ander moment missen dat een patiënt pijn heeft.” En mag elke instelling zelf bepalen hoe lang de pijn wordt geregistreerd, vraagt een andere deelnemer. “Als de pijn goed onder controle is of de medicatie is gestopt, hoeft je een patiënt niet langer drie keer per dag naar pijn te vragen”, antwoordt Jacqueline. “Maar bij een hoge pijnscore blijft evalueren belangrijk.”

### **Goed voorbeeld: Albert Schweitzer ziekenhuis**

Adviseurs Wilma Walter en Addy van Hooren vertellen dat het pijnbeleid van het Albert Schweitzer ziekenhuis ingedeeld is naar patiëntenstromen en specifieke aandoeningen. “Denk aan leeftijdsgroepen, dagbehandeling, spoedeisende hulp of polikliniek, en groepen als oncologie, cardiologie en trauma.” Het monitoren van pijn is onderdeel van verpleegkundige observaties. “Ons elektronisch patiëntendossier heeft een verpleegkundig overzicht met allerlei risicofactoren, waaronder pijn.” Er is een acute pijnservice waar de verpleegkundigen van de verkoever – de uitslaapkamer na een operatie – een belangrijke rol in spelen. Daarnaast beschikt het Albert Schweitzer over een centrum voor chronische pijn, waar zowel anesthesiologen/pijnspecialisten als verpleegkundig specialisten werken. “Maar de regiebehandelaar blijft verantwoordelijk voor het pijnbeleid.” Een kwaliteitsgroep met daarin een verpleegkundige van elke afdeling monitort het beleid. “Dat is een praktische toetsing. De verpleegkundigen bespreken waar ze tegenaan lopen en hoe ze knelpunten kunnen voorkomen.” Incidenten worden bijgehouden in het kwaliteitsmanagementsysteem. Via het patiënten panel worden patiënten gevraagd hoe zij de aandacht voor en behandeling van pijn hebben ervaren tijdens een klinische opname in het ziekenhuis. Het pijnbeleid is onderdeel van de introductiedagen voor nieuwe medewerkers en verpleegkundigen volgen elke vijf jaar een scholing. En in het kader van leren en verbeteren is pijnmedicatie altijd een onderwerp van de maandelijkse complicatiebespreking.

### **Specifiek beleid voor kinderen**

Het Albert Schweitzer ziekenhuis neemt maatregelen om pijnmedicatie te beheersen. “Over het gebruik van opioïden maakt de apotheker duidelijke afspraken met de vakgroepen”, vertellen Addy en Wilma. “De orthopeden bijvoorbeeld mogen maximaal tien kortdurende morfinepreparaten meegeven.” Ook krijgen patiënten bij de ziekenhuisapothek uitgebreide voorlichting. En verlenging van medicatie is alleen mogelijk na een consult. Het ziekenhuis zet ook alternatieven in.

Addy en Wilma noemen de hoofd- en voetmassages op de dagbehandeling, de *virtual reality* (VR)-brillen bij de dialyse en het specifieke beleid voor kinderen. “Om angst en trauma te voorkomen volgen de zorgprofessionals van de kinderpoli de PROSA-training. Daar leren ze hoe ze met farmacologische en niet-farmacologische methodes een veilige omgeving kunnen creëren.” Ook doet het Albert Schweitzer ziekenhuis mee aan het landelijk project opioïden monitor.

### Goed voorbeeld: kliniek ViaSana

“De klinieksetting verschilt wezenlijk van de ziekenhuissetting”, zegt Ronald van Heerwaarden, orthopedisch chirurg bij ViaSana. “Wij bieden een beperkt aantal orthopedische behandelingen en hebben alleen ASA I- en ASA II-patiënten. Dat zijn patiënten met een goede algemene gezondheid, die zelden langer dan één nacht blijven. Daarom hebben wij bijvoorbeeld geen gespecialiseerde pijnverpleegkundigen.” Ronald beschrijft het pijnbeleid van ViaSana. “We hebben een gestandaardiseerd pakket operaties met pijnbeleid in protocollen vastgelegd. Onze anesthesiologen zijn allemaal ook pijnexpert, zij zijn aanspreekpunt voor het pijnbeleid. Daarnaast hebben we een medicatieveiligheidsfunctionaris die de medicatieprotocollen up-to-date houdt. Onze aandachtsvelder medicatie is een verpleegkundige, die samen met de anesthesiologen en de medicatieveiligheidsfunctionaris, het beleid actueel houdt. Deze aandachtsvelder verzorgt ook de communicatie over medicatie en pijnbeleid naar de verpleegafdelingen.” Een pijnscore meten de verpleegkundigen van ViaSana één keer. “Als de score reden geeft tot zorg, blijven we meten, anders niet.”

### PijnCoach app vermindert pijn en opioïdengebruik

ViaSana verbetert het pijnbeleid continu. “Wij voeren bijvoorbeeld veel beenstandcorrecties en schouderoperaties uit”, vervolgt Ronald. “Dat zijn botoperaties waarbij pijn een rol speelt. Met specifieke, lokale pijnmedicatie hebben we een significante pijnvermindering bereikt. En de voorstekruisbandchirurgie kan dankzij aanpassing van het pijnbeleid tegenwoordig in dagbehandeling plaatsvinden.” Ook het opioïdengebruik is verminderd. Bijvoorbeeld door te kiezen voor plaatselijke verdoving. Patiënten krijgen instructies hoe ze hun pijn kunnen controleren. “En als we toch opioïden meegeven, dan altijd een maximumaantal op recept. Drie dagen na opname neemt een orthopedieconstulente contact op met deze patiënten. Om te vragen hoe het met de pijn gaat, de medicatiebehoefte te polsen en te adviseren over de afbouw van de medicatie.” Daarnaast ontwikkelde ViaSana de PijnCoach app. “Via de app krijgt de patiënt de eerste veertien dagen na de operatie dagelijks een pushbericht met informatie. Over verstandig gebruik van medicatie. De app is heel succesvol. Dankzij de app hebben patiënten met een knieprothese minder pijn, terwijl het opioïdengebruik met 25% is afgenomen.”

De deelnemers zijn enthousiast over de presentaties van Ronald, Jacqueline en Addy en Wilma. Maar er is niet genoeg tijd om alle vragen direct te beantwoorden. Deze vragen worden gebundeld en opgenomen in [de lijst met veelgestelde vragen](#).