

Acute Pijn Team

ZOL GENK

Birgit Lohmar
Ine Vanweert



Acute Pijn Team

➤ Verpleegkundigen

- Verpleegkundig pijnspecialist / acute pijn / LRA
- VPK recovery / LRA

➤ Hoofdverpleegkundige recovery

➤ Anesthesie

- LRA
- Algologen



Opstart werking

- Maandag tot vrijdag 7u30 – 16u00 APT
- Zaterdag: 6u45 – 15u15 APT
- Zondag: door assistent anesthesie
- Recovery 24/24, 7 dagen op 7



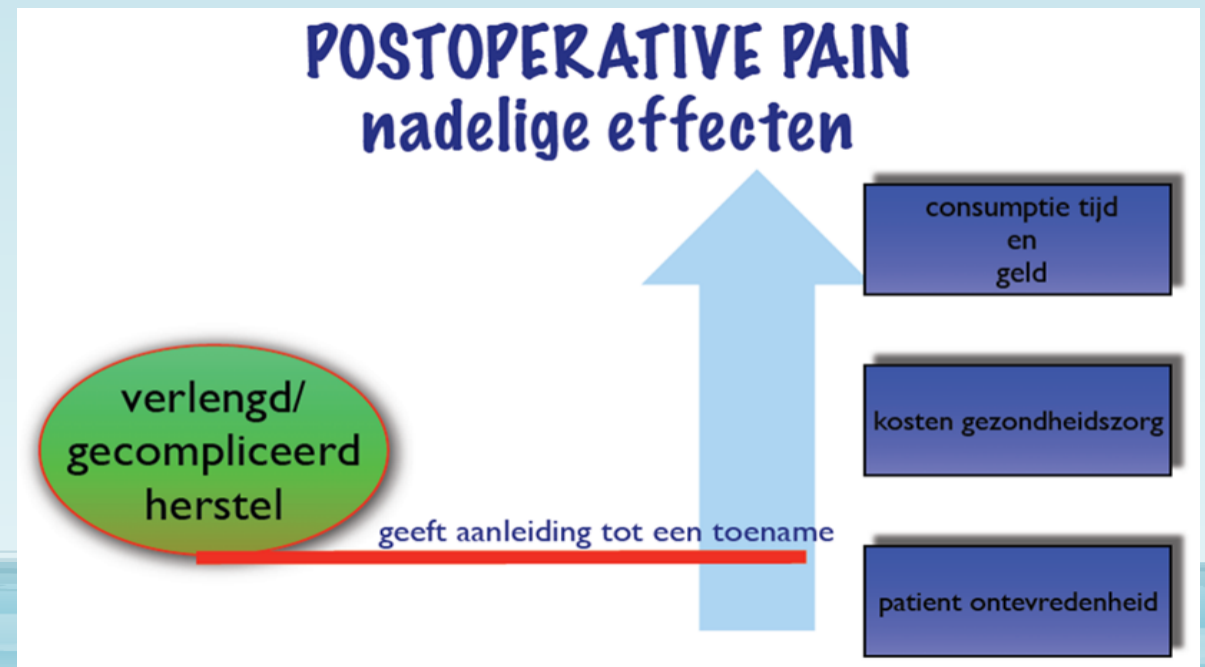
Pijn is een zeer belangrijke parameter voor de Vlaamse Zorginspectie, alsook een zorginhoudelijke prioriteit voor het ZOL.

Acute vs Chronische pijn

- recent ontstaan
- nuttig
- meestal van korte duur
- causaal verband met letsel
- houdt langer dan 3 maanden aan
- geen aanwijsbaar tijdstip
- er kan geen duidelijke lichamelijke oorzaak (meer) gevonden worden
- geen helende of genezende functie

Doelstellingen

- Verbeteren kwaliteit van de postoperatieve pijnbestrijding
- Sneller postoperatief / traumatisch herstel
- Voorkomen van chronificatie van pijn
- Patiënten tevredenheid



Taken

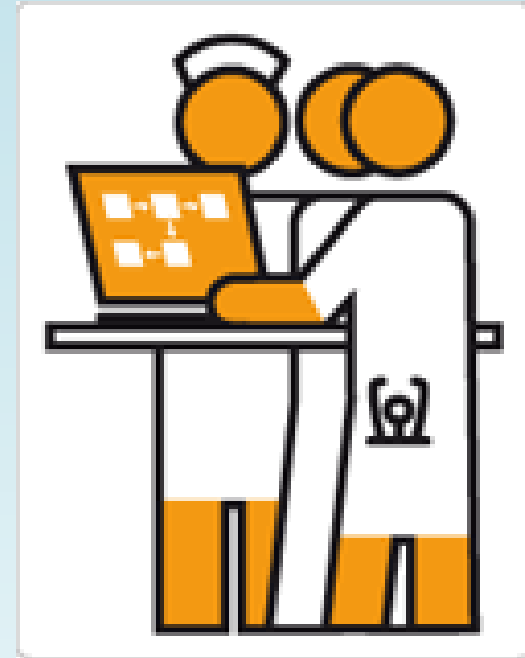
Klinische opvolging:

- Patiënten met een pijnpomp
- Patiënten met spinale anesthesie
- Patiënten met locoregionale anesthesie
- Patiënten met een pijnscore ≥ 4
- Op vraag van de afdeling
- Patiënten met een spinale katheter (palliatieve setting)
- Doorverwijzing naar AF (5447) indien nodig
- Opvolgen van patiënten met nieuwe ane technieken: paravertebrale blocks, TAP-blocks,...
- Moeilijke infusen, bloedafnames,...

Taken

Niet-klinisch:

- Informeren + sensibiliseren
- Vorming
- Protocollen
- Aanspreekpunt
- Dossieranalyse
- NLPVP
- Referentieverpleegkundigen
- Nieuwe medewerkers
- E-learning
- **Educatie patiënten**



Enkele activiteiten van het APT

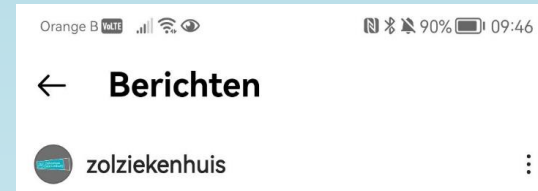
maart 2022: Week van de Pijn



 **elk_e** en **184 anderen** vinden dit leuk
zolziekenhuis Deze week is het de **'Week van de Pijn'**! Ons Acute PijnTeam en de Algologische functie bedanken daarom alle verpleegkundigen voor hun inzet met een lekkere cake en een leuk bedankkaartje.

Ook aan de patiënten wordt gedacht! Zij kregen uitleg over de NRS-score, een meetinstrument om pijn te scoren. Want het blijft belangrijk dat patiënten aangeven wanneer ze pijn hebben, zowel aan de zorgverlener als aan de arts. Zo kunnen we de pijn op een aanvaardbaar niveau houden.

[#pijnbehandeling](#) [#weekvande pijn](#)



 **elk_e** en **184 anderen** vinden dit leuk
zolziekenhuis Deze week is het de **'Week van de Pijn'**! Ons Acute PijnTeam en de Algologische functie bedanken daarom alle verpleegkundigen voor hun inzet met een lekkere cake en een leuk bedankkaartje.



Juni 2022: Implementatie nieuw nuchterbeleid en omschakeling van Dipidolor® naar Morfine®



v.l.n.r.: Jente Grietens, Danny Baens, Birgit Lohmar en Ine Vanweert

Aanpassingen in het pijn- en nuchterbeleid

Om onze heetkundige patiënten de beste zorgen te geven, werden recent onder leiding van anesthesie en in samenwerking met het Acute Pijnteam (APT) aanpassingen doorgevoerd in het pijn- en nuchterbeleid. De focus ligt op een beter herstel van de patiënt na een operatie.

Pijnbeleid

Voor de postoperatieve pijnbestrijding wordt omschakeld van Dipidolor IM naar Morfine SC. Het pijnbeleid start reeds in de operatiezaal met aangepaste en multimodale medicatie en wordt verdergezet in de recovery waardoor de patiënt postoperatief meer comfortabel en rustiger is.

"Het gebruik van morfine wordt vaak gelinkt aan palliatieve situaties, maar zo mag je het niet bekijken. De dosis morfine wordt toegediend aan de hand van de pathologie, het gewicht en de leeftijd van de patiënt. Het is veilig en kent milde tot weinig nevenwerkingen. Zo komt misselijkheid weinig tot niet voor als de patiënt voldoende gevuld is, niet langer dan nodig nuchter blijft en de voorgeschreven pijnmedicatie effectief toegediend wordt", aldus Birgit Lohmar, verpleegkundig consultant pijn. "Bovendien hoef je bij morfine geen rekening te houden met de inname van anticoagulantia. Kort gebruik van morfine heeft ook geen invloed op obstipatie, terwijl dit voor langdurig gebruik wel geldt."

De voordelen van morfine zijn er niet enkel voor de patiënt, maar ook voor de verpleegkundigen. "In tegenstelling tot Dipidolor, dat intramusculair (in de spier) wordt toegediend, wordt Morfine subcutaan (onderhuids) toegediend. Deze toediening is makkelijker uit te voeren voor de verpleegkundige, en minder pijnlijk voor de patiënt", vult verpleegkundig consultant pijn, Ine Vanweert, aan.

Nuchterbeleid

Patiënten die naar het ziekenhuis komen voor een ingreep of operatie, mogen voortaan als er geen contra-indicaties zijn tot 4 uur vóór de ingreep nog een flesje Aquarius drinken. Voordien moest de patiënt minstens 6 uur vóór de ingreep volledig nuchter zijn. Uit gemak werd dan aan de patiënt gezegd 'vanaf middernacht', vóór de ingreep volledig nuchter te blijven. Dat betekende dan dat de patiënt niet meer mocht eten en roken, maar ook niet meer mocht drinken. Dat is nu dus niet meer nodig.

"Afhankelijk van de aard van de ingreep krijgt de patiënt op de recovery afdeling Aquarius aangeboden, op voorwaarde dat de patiënt goed wakker is en goed kan slikken", zegt Birgit. "Nadien, op de afdeling, krijgt de patiënt bouillon met een beschuitje, gevolgd door een lichte broodmaaltijd."

"We merken positieve invloeden van deze aanpassing. Patiënten klagen minder over misselijkheid, dorst of hoofdpijn. Ze zijn minder angstig en hebben minder last van postoperatieve insulineresistentie. Ook de kans op infecties daalt", aldus Ine. "Kortom: de aanpassing in het nuchterbeleid heeft een positieve invloed op het postoperatief herstel en de hospitalisatieduur."



Multidisciplinair

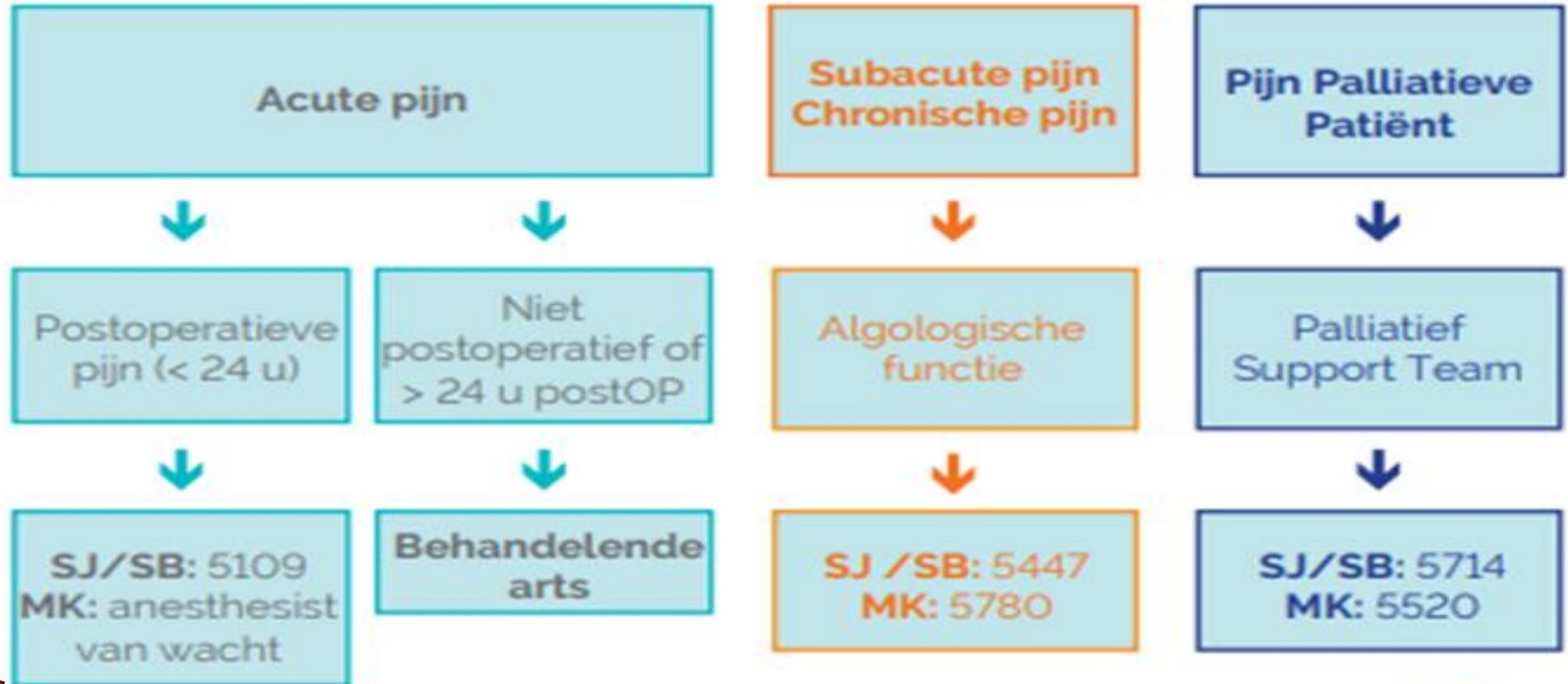
Ook voor deze aanpassingen is er sprake van een multidisciplinaire samenwerking. Zowel diëtisten, artsen van verschillende disciplines, verpleegkundigen en pijnverpleegkundigen zitten samen rond de tafel om de aanpassingen goed uit te werken en op te volgen.

"Zoals voor elke benadering, behandeling of opvolging van de individuele patiënt na een ingreep is het zeer belangrijk als een team te werk te gaan. Duidelijke informatie aan de patiënt draagt er ook toe bij dat het herstel zo vlot mogelijk verloopt", besluit Recovery-hoofdverpleegkundige Danny Baens.

! Let op: naast deze twee belangrijke aanpassingen blijft het vanzelfsprekend cruciaal om de basisafspraken omtrent pijnbestrijding niet uit het oog te verliezen en goed op te volgen.

Het Acute Pijnteam kan, tijdens overlegmomenten of dienstvergoedingen op de afdelingen, altijd gevraagd worden om bijkomende toelichting te geven over de aanpassingen. Wanneer er dan nog vragen zijn over pijnbestrijding en de aanpassingen in het nuchterbeleid, kan contact opgenomen worden met het Acute Pijnteam op het nummer 089 32 51 09.

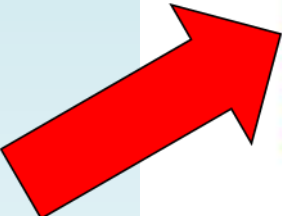
LET OP
naast deze twee belangrijke aanpassingen blijft het vanzelfsprekend cruciaal om de basisafspraken omtrent pijnbestrijding niet uit het oog te verliezen en goed op te volgen.



**ORGANISATIESCHEMA PIJNBEHANDELING ZOL
ALTIJD IN OVERLEG MET BEHANDELEND ARTS**



MB3127_waier 2022



APT ronde



Soorten pijnpompen

- PCEA: Patient Controlled Epidural Analgesia
- PCIA: Patient controlled Intravenous Analgesia
- PNB: Peri Neurale Blocks

Patiënt
ge **C**ontroleerde
Epidurale
Analgesie

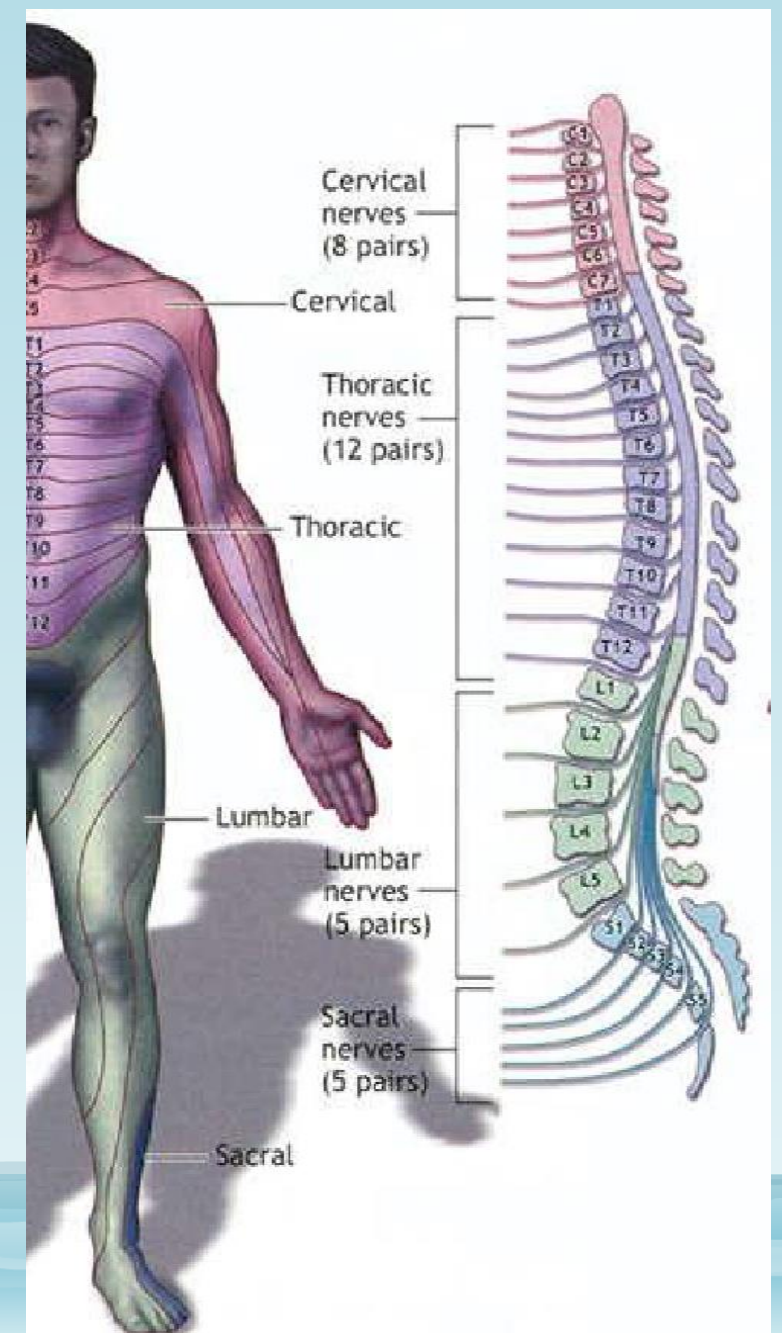
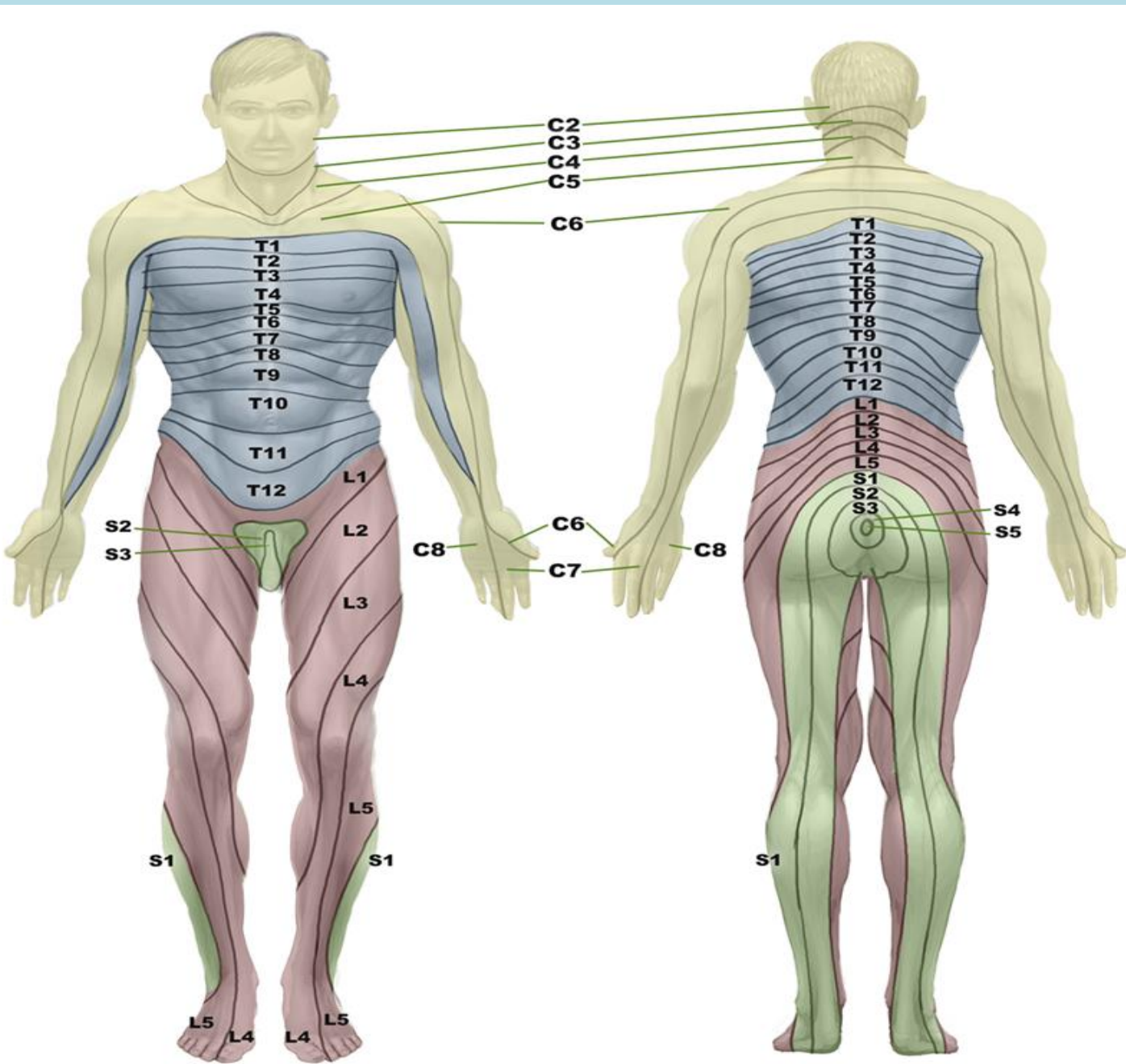
- Bij zware chirurgische ingrepen
- Flinterdunne katheter wordt in epidurale ruimte gebracht
- Niveau afhankelijk van soort operatie
- Bekomen van sensorisch block
- Continue infusie met bolusfunctie

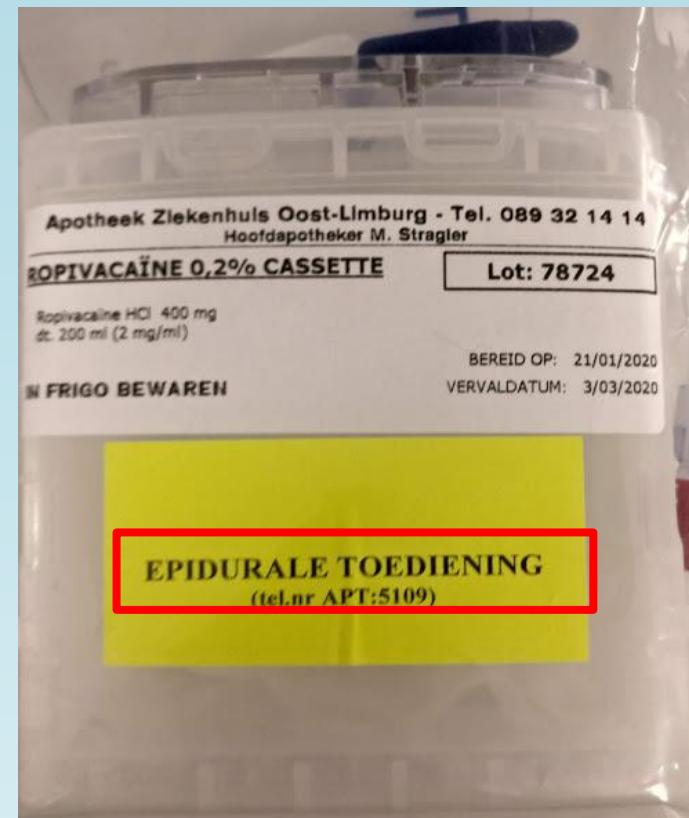
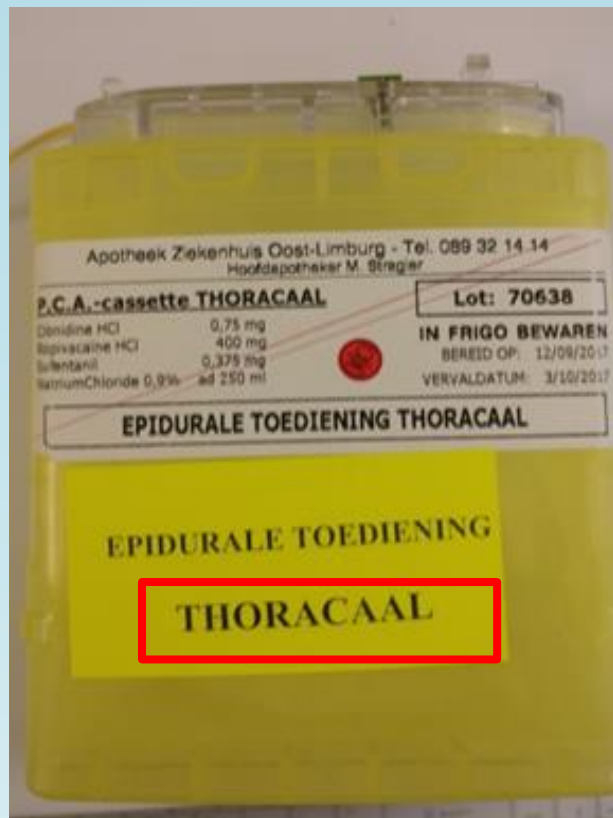
- 1. Niveau plaatsing epidurale bepaalt niveau sensorisch blok**
- 1. Precieze plaatsing en titratie LA (continu+bolus) essentieel:**

- Bekomen van effectieve analgesie**
- Beperkt motor block**

! Iedere patiënt is / reageert anders

**! Multimodale analgesie en escape medicatie
= NOODZAKELIJK**





Aandachtspunten

- **Blaassonde owv urine retentie**
- **Pruritus (jeuk) mogelijk: Sufenta**

! NEUROLOGISCHE OPVOLGING
Ook na verwijderen katheter

Alarmsignalen

- **Toenemend motorisch blok / unilateraal motorisch blok**
- **Niet/ moeilijk aanspreekbare patiënt**
- **Motorisch blok / zadelblok na verwijderen epidurale katheter**
- **Verhoogde Bromagescore**
- **Hoofdpijn**
- **Rugpijn**
- **LAST: oorsuizen – metaalsmaak – minder alert**
- **Geen block**

VERHOOGD:

- Hoogte van sensibel blok nakijken!



Bromage 3 (complete)
Unable to move feet or knees



Bromage 2 (almost complete)
Able to move feet only



Bromage 1 (partial)
Just able to move knees



Bromage 0 (none)
Full flexion of knees and feet

Verwijderen van de katheter

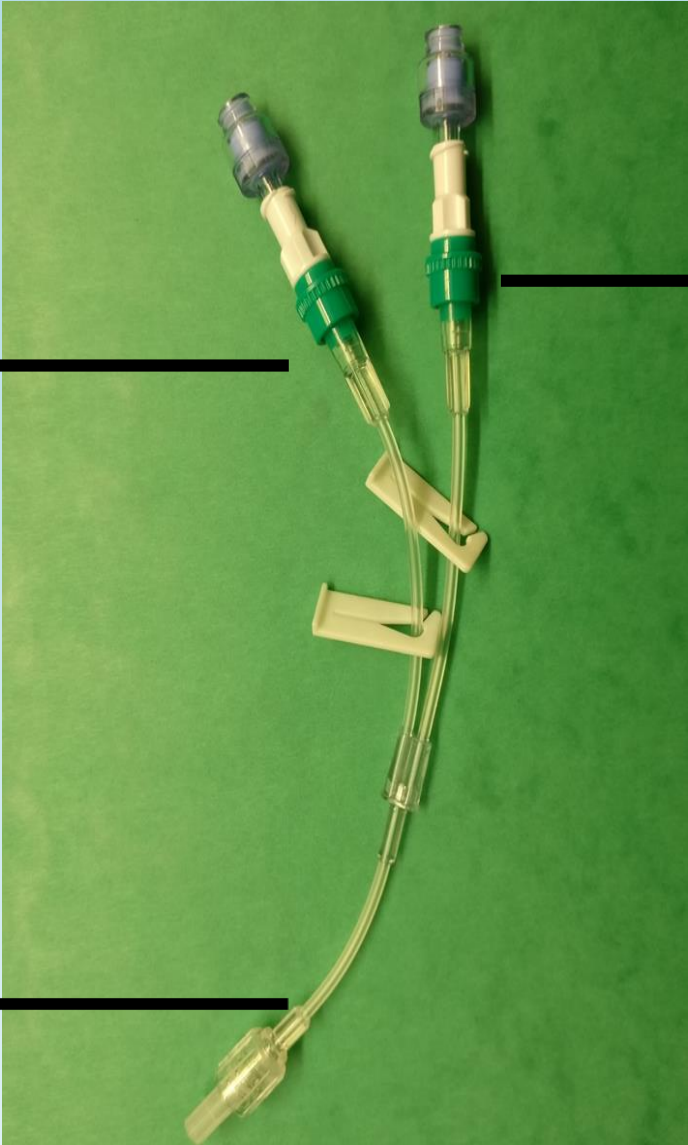
- Bij profylactische toediening van Clexane® omstreeks 20h, kan de epidurale katheter 's ochtends omstreeks 8 uur verwijderd worden, dus minimum 12 uur na de toediening van Clexane®.
- Bij therapeutische toediening van LMW-heparine (bijvoorbeeld 2 x 40 mg Clexane® om 8h en 20h), zal de epidurale katheter steeds verwijderd worden minimum 24 uren na het toedienen van de laatste Clexane® of in overleg met de arts anesthesist, bereikbaar via T5109.

Patiënt
ge**C**ontroleerde
Intraveneuze
Analgesie



PCIA

- Indien contra-indicatie voor PCEA (slechte stolling, rugletsels)
- Intraveneuze toediening Morfine
- Géén continue infusie, enkel bolusfunctie
- Steeds met waakinfuus voor continue flow
- PCIA-trousse met terugslagkleppen



**Lumen 1
- Continu
infuus**

**Lumen 2
- Voor PCIA**

**Aansluiting
katheter**

Voordelen

- Minder invasief dan PCEA
- Goede pijncontrole mogelijk door patiënt zelf
- Verminderde kans op urineretentie
- Verminderde kans op hypotensie

Mogelijke nevenwerkingen

- **Jeuk**
- **Nausea**
- **Obstipatie**
- **Suf- slaperigheid**
- **Duizeligheid**
- **Zweten**
- **Droge mond**
- **AH-depressie bij overdosering**

Stoppen PCIA

- **Geen labo nodig**
- **Stop de PCIA**
- **Deconnecteer de katheter**
- **Zet de PCIA-pomp uit**

Peri

Neurale

Bloks

- Punctie onder geleide van neurostimulator en echo
- Bekomen van sensorisch block van het lidmaat
- Motorische functie meestal behouden voor mobilisatie

Bovenste lidmaat

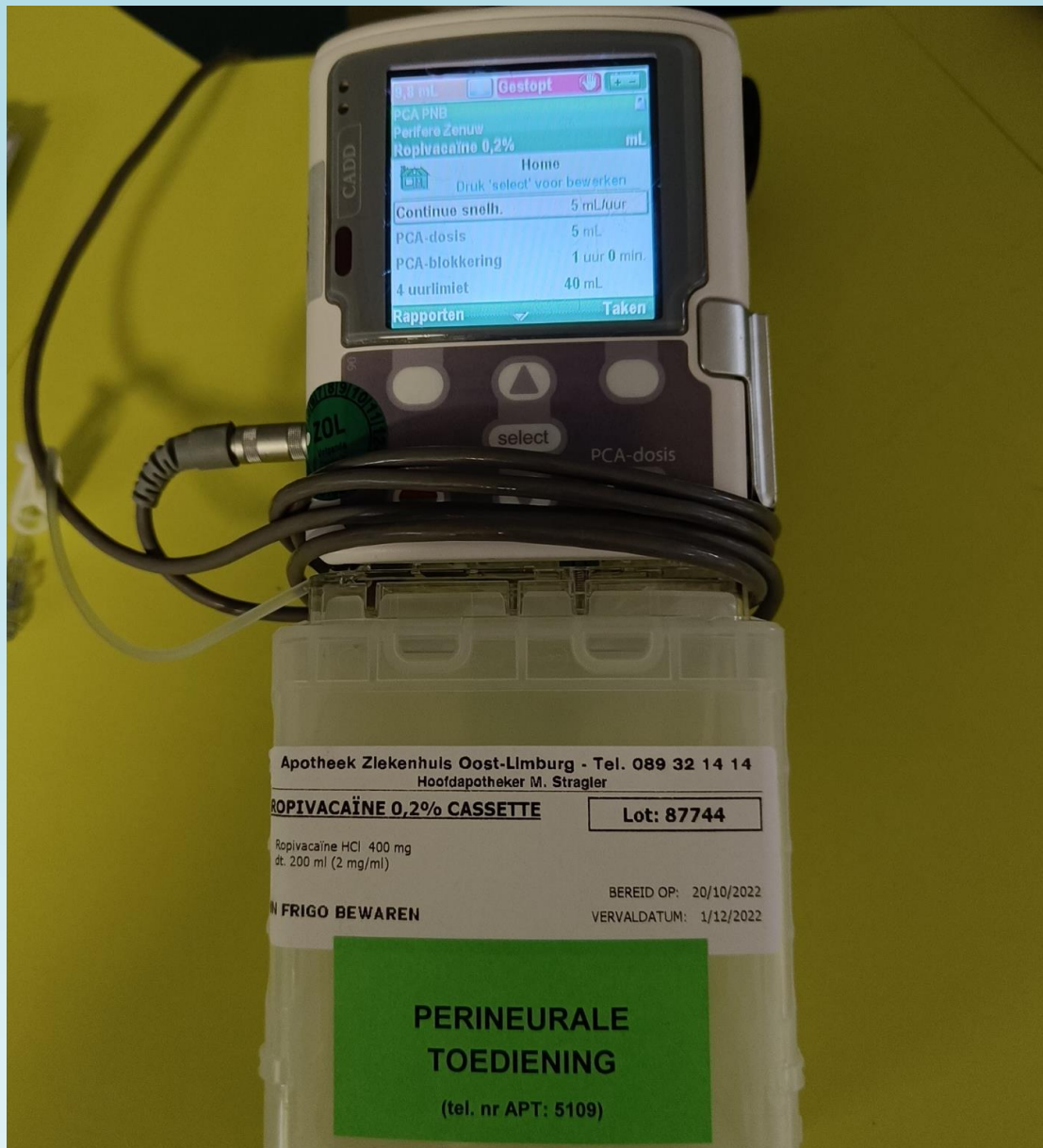
- ISB (interscaleen block): chirurgie van de schouder of bovenarm
- Axillair block: chirurgie van de arm beneden de elleboog
- Supra of infraclaviculair block: chirurgie van de bovenarm en elleboog
- Polsblock: chirurgie aan de hand/vingers

Onderste lidmaat

- Hip of fascia iliaca block: chirurgie aan het heupgewricht
- Femoraal block/ adductor kanaal block : chirurgie aan het kniegewricht
- Popliteaal block: chirurgie aan de tenen, voet of enkel
- Enkelblock: chirurgie aan de voet/tenen

PNB





0,0 mL **Gestopt**

PCA PNB
Perifere Zenuw
Ropivacaine 0,2% mL

Home
Druk 'select' voor bewerken

Continue snelh.	5 mL/uur
PCA-dosis	5 mL
PCA-blokkering	1 uur 0 min.
4 uurlimiet	40 mL

Rapporten Taken

Apotheek Ziekenhuis Oost-Limburg - Tel. 089 32 14 14
Hoofdapotheker M. Stragler

ROPIVACAÏNE 0,2% CASSETTE Lot: 87744

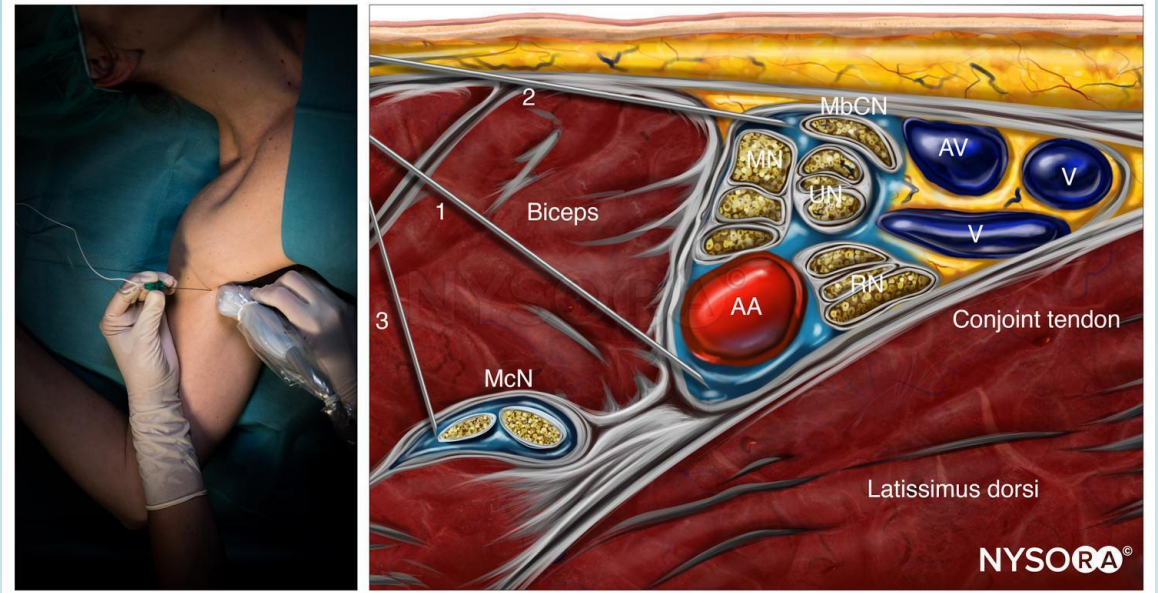
Ropivacaine HCl 400 mg
st. 200 ml (2 mg/ml)

BEREID OP: 20/10/2022
VERVALDATUM: 1/12/2022

FRIGO BEWAREN

**PERINEURALE
TOEDIENING**
(tel. nr APT: 5109)

ISB



Mogelijke bijwerkingen



**Horner
syndroom**

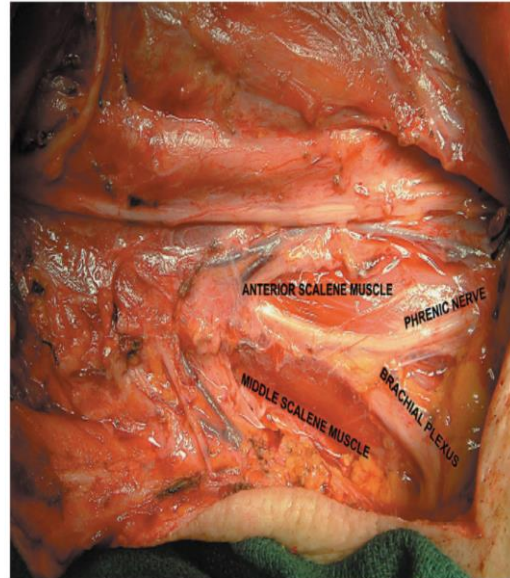
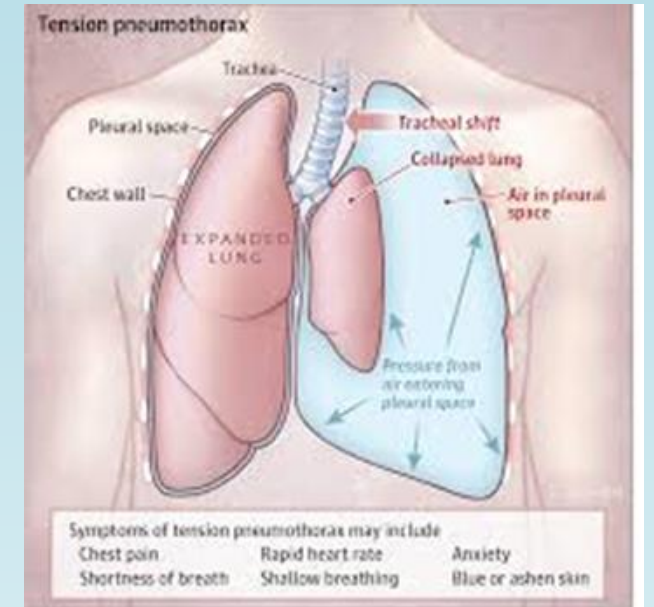


Figure 25-17. Neck dissection reveals the relation of the phrenic nerve, which leaves the brachial plexus anteriorly, and the rest of the brachial plexus, which remains sandwiched between the anterior and middle scalene muscles.

**Hemidiafragma
paralyse**



Pneumothorax

LAST: Local Anesthetic Systemic Toxicity

- **Systemisch**
- **Zenuwbeschädigung**

SYSTEMISCH

Centraal zenuwstelsel

- **Metaalsmaak / tintelingen tong en mond**
- **Duizeligheid, visusstoornissen, tinnitus**
- **Irrationeel gedrag en spraak**
- **Spierspasmen**
- **Bewustzijnsverlies, stuipen, apnoe**

SYSTEMISCH

Cardiovasculair

- **Hypotensie**
- **Bradycardie**
- **Cardiaal arrest**

Stapsgewijs te werk gaan!

- Stop met injecteren lokaal anestheticum
- Roep om hulp
- 100% zuurstof via masker toedienen + alles voor intubatie klaarmaken
- In geval van convulsies: Midazolam 1 tot 2 mg toedienen
- CPR/ALS bij cardiale aritmie/arrest
- Start Smoflipid 20% volgens protocol
- Transfer naar IZ

ANTIDOTUM



Lipid Emulsion 20% (Precise volume and flow rate are not crucial)	
Greater than 70 kg patient	Less than 70 kg patient
Bolus 100 mL Lipid Emulsion 20% rapidly over 2-3 minutes	Bolus 1.5 mL/kg Lipid Emulsion 20% rapidly over 2-3 minutes
<ul style="list-style-type: none">• Lipid emulsion infusion 200-250 mL over 15-20 minutes	<ul style="list-style-type: none">• Lipid emulsion infusion ~0.25 mL/kg/min (ideal body weight)
If patient remains unstable: <ul style="list-style-type: none">• Re-bolus once or twice at the same dose and double infusion rate; be aware of dosing limit (12mL/kg)• Total volume of lipid emulsion can approach 1 L in a prolonged resuscitation (e.g., > 30 minutes)	



