

# PIJNVRIJ ZIEKENHUIS: WERKELIJKHEID OF UTOPIE?

Pijn is een van de meest frequente redenen waarom patiënten een arts raadplegen. Na een ongeval of ingreep zijn vaak pijnklachten aanwezig. Deze worden meestal nog lange tijd in het geheugen van patiënten meegedragen. Snel van de pijn verlost worden of zelfs met beperkte pijnklachten een ingreep ondergaan, staan hoog in de wensenlijst van menig patiënt. Hoe gaan we om met pijn in het ZOL? Dr. Martine Puylaert, anesthesist en pijnspecialist, geeft een stand van zaken.

Pijn komt voor in alle disciplines van de geneeskunde. Ondanks het feit dat we de oorzaak ervan niet altijd kunnen achterhalen en de pijn onvoldoende begrijpen, geeft dit ons niet de vrijheid om het pijnprobleem te negeren en niet te behandelen. Pijn hebben betekent voor een patiënt en zijn omgeving een slechte kwaliteit van leven. Pijn heeft ook een alarmfunctie in een acute situatie. Denk maar eens wat er zou gebeuren als je je hand niet zou terugtrekken wanneer je een warme oven aanraakt.

Naast het voorkomen van ongemak weet men nu dat een goede behandeling van acute pijnproblemen chronificatie kan voorkomen. Het is dus belangrijk om pijn van in het begin kordaat aan te pakken. In een postoperatieve fase is goede pijnbestrijding niet alleen comfortabel voor de patiënt maar gaat dit ook interfereren met de ademhaling, stolling en uiteindelijk ook wondheling.

Chronische pijn is nog een andere vorm van pijn. Het gaat hier om pijn die langer dan 3 tot 6 maanden blijft bestaan. Hier spreekt men niet meer alleen van een symptoom maar van een ziekte op zich cfr. de definitie van de International Association for the Study of Pain.

## Pijnmeting

Het moeilijke aan pijn is dat we dit niet kunnen meten, zoals bloeddruk of koorts. Ieder-

een geeft een eigen interpretatie aan pijn en deze wordt mede gekleurd door psychologisch welbevinden. Ook al is een pijnscore geen wetschap, toch is het vragen van een pijnscore aan een patiënt een belangrijke parameter. Enerzijds om te weten of er pijn aanwezig is, anderzijds om een evaluatie te kunnen maken of een pijnbehandeling effectief is of moet bijgesteld worden. Hiervoor bestaat de numerieke pijnschaal waarbij de patiënt een quotering van 0 tot 10 geeft aan zijn pijn of de visueel analoge pijnschaal waarbij de patiënt zijn pijnscore aanduidt via een schuiflatje.

Voor kinderen, dementerenden of bijvoorbeeld beademde patiënten zijn er aangepaste pijnbeoordelingschalen.

## Situatieschets

Reeds in 1998 werd in samenwerking met de Belgian Pain Society en de overheid het 'Witboek Pijnbestrijding' opgesteld. 'Pijn samen aanpakken' was de titel. De aanpak van pijn moet een prioriteit worden voor de volksgezondheid. De patiënt moet hierbij centraal staan. Het doel was om geïntegreerde voorstellen voor een betere acute en chronische pijnzorg in België te bekomen. Er zijn nog enige jaren overheen gegaan met pilootprojecten voor pijncentra maar uiteindelijk gebeurde er pas anno 2013 een hervorming vanuit de federale overheidsdienst (FOD) voor de behandeling van pijn in ziekenhuizen.

Volgende zaken werden opgestart en gefinancierd:

- Inrichting van een Multidisciplinair Algologisch Team in elk acuut ziekenhuis in België
- 36 multidisciplinaire centra voor de behandeling van chronische pijn
- 13 teams die gespecialiseerd zijn in de behandeling van pijn bij kinderen

Het Multidisciplinair Algologisch Team is samengesteld uit een arts, een verpleegkundige en een psycholoog. De inzetbaarheid van deze mensen wordt mede bepaald door de grootte van het ziekenhuis.

Het Multidisciplinair Algologisch Team heeft verschillende taken:

- Sensibiliseren van zorgverleners
- Educatie van zorgverleners met betrekking tot pijnbeoordeling en -behandeling
- Implementatie van guidelines voor chronische pijn
- Aanspreekpunt voor vragen van zorgverleners wat betreft pijn
- Zorgteams actief raadplegen over eventuele problemen
- Deelname aan behandeling van complexe casussen
- Deelname aan educatie voor chronische pijnpatiënten
- Continuïteit van zorgen verzekeren door op te treden als bemiddelaar



### Algologisch team in het ZOL

Met bovenstaande opdracht in het achterhoofd hebben we twee jaar geleden onderzocht bij verpleegkundigen op interne en heelkundige afdelingen hoe pijn wordt aangepakt. We gebruikten hiervoor vragenlijsten in verband met pijnvaluatie, kennis van pijn en de behandelingsaanpak hiervan. Alhoewel sommige afdelingen zeer goed scoorden, gaven velen zelf mee dat ze behoefte hadden aan meer kennis over pijn.

Vandaar dat de modulaire opleiding pijn voor paramedici werd opgestart samen met de Limburgse Zorgacademie (LIZA) en Hogeschool UC Leuven-Limburg (UCLL). Naast twee algemene opleidingsdagen over fysiologie en de medicamenteuze behandeling van pijn, konden zorgverleners zich inschrijven in modules die het best aanleunden bij hun werksituatie. Op die manier wilden we de kennislacune oplossen.

Daarnaast hebben we ook een nieuwe update gemaakt van de opleiding van de referentie-verpleegkundigen pijn. Deze meer gespecialiseerde verpleegkundigen, kunnen hun collega's bijstaan bij problemen en vragen. Educatie is één zaak, de effectieve toepassing van de kennis op de werkvloer een andere. En wat als het allemaal niet goed lijkt te lukken met de aangeboden tools? De equipe van het algologisch team kan verpleegkundigen

op hun dienst ondersteunen bij problemen met betrekking tot pijn. Soms komt een van onze deskundigen enkele uren meelopen en eventueel tips geven. Waarom durft men het protocol niet toe te passen? Waar lopen zorgverleners tegen aan? Bij persoonlijk contact kan hier gemakkelijker over gesproken worden.

Voor gehospitaliseerde patiënten met hoge pijnscores, ondanks correcte toepassing van de voorgestelde pijnbehandeling, kan een advies worden aangevraagd waarbij het beleid in overleg met de pijnarts en de behandelende arts wordt bekeken.

Naast een verpleegkundige is ook een psycholoog binnen de algologische functie werkzaam. Zoals voorheen reeds gezegd, is pijn sterk mede bepaald door wie je bent, wat je hebt meegemaakt en je gemoedstoestand. Deze factoren spelen mee in de pijnbeleving. Vandaar dat naast de fysieke pijn ook hier oog voor moet zijn. Indien nodig kan de psycholoog een bijkomende rol spelen die belangrijk is in de behandeling. Een algemeen welbevinden kan immers de kern vormen voor het al of niet positief effect van een therapie.

Een efficiënt pijnbeleid geeft kwaliteit. Om dit doel te bereiken, worden frequent vormingen georganiseerd over pijnmeting en pijnbeleid, ook voor startende verpleegkundigen.

### Pijn in het ziekenhuis

Met een beleid dat aangepast is aan de specifieke problematiek en in overleg met de verpleegkundigen en de artsen willen we als een groep voor één doel gaan: comfort voor de patiënt waarbij er ook terugkoppeling is. Overleg tussen de behandelende arts - met zijn kijk op het probleem - en de pijnarts heeft bij een aantal medische disciplines tot succes geleid. Gesprekken met de andere medische diensten staan nog op het to-dolijstje.

### Spoedgevallen

Op Spoed zien we enerzijds traumatologie waar vaak pijnproblemen aanwezig zijn. Anderzijds is pijn op Spoed vaak een indicator of een spiegel van interne problemen. Denk maar aan bijvoorbeeld een galblaasontsteking of nierstenen.

Ook hier is er een protocol om snel medicatie toe te dienen, aangepast aan de aard van het pijnprobleem. Maar ook immobilisatie van een fractuur, houdingsaanpassingen en ijs zijn waardevolle hulpmiddelen om naar een comfortabelere situatie te gaan.

### Per- en postoperatief

Een goede per- en postoperatieve pijnbehandeling is niet alleen goede patiëntenzorg op zich maar heeft ook invloed op het herstel, de ademhaling, het ontstaan van chronische klachten en de tevredenheid van patiënten. Dit kan alleen mits goede protocollen.



In de ontwaakzaal is men zeer sterk gefocust op pijn, naast de opvolging van bloeddruk, pols, zuurstofsaturatie en bloedverlies. Dankzij het bestaande protocol waar cfr. de chirurgie de verschillende trappen van de pijnladder worden toegepast, is de verpleging ook vertrouwd met opvolging van pijn na zenuwblokkades en pijnpompen.

Het continuüm dat is gecreëerd tussen de preoperatieve voorbereiding van de patiënt om postoperatief een zo kwalitatief mogelijk-

om via gecombineerde anesthesietechnieken (algemene anesthesie en loco-regionale anesthesie) een maximaal comfortabele perioperatieve periode te verzekeren. Afhankelijk van het type ingreep wordt bekeken, volgens de huidige kennis ter zake, of een bepaalde zenuwblokkade, een combinatie met epidurale anesthesie of spinale anesthesie kan worden toegepast. Zo zal thoracale epidurale anesthesie preoperatief worden geplaatst bij heekunde ter hoogte van de thorax. Na de operatie krijgen deze

### CREER

Om het pijnmanagement voor orthopedische chirurgie verder te verbeteren, trok het ZOL in 2015 een team van high profile experts in orthopedische anesthesie en post-operatieve pijn aan. Het gaat hierbij om de oprichters van CREER, het Center for Research, Education and Enhanced Recovery After Orthopedic Surgery uit New York. Zij introduceerden een state of art anesthesie service, vergelijkbaar met deze van grote orthopedische centra in de VS (Hospital for Special Surgery, Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Columbia University).

Het CREER-centrum in het ZOL, dat geaffilieerd is met NYSORA, de New York School of Regional Anesthesia, kreeg de titel 'centre of excellence' in opleiding in België en Nederland. Hierdoor worden er wekelijks teams van anesthesisten en orthopedisch chirurgen opgeleid uit heel Europa. De artsen komen naar het ZOL om de succesvolle methodes en perioperatieve pijnmanagementsprotocollen van CREER te leren en ze toe te passen in hun eigen ziekenhuis. Goede patiëntresultaten met betrekking tot post-operatieve pijn, herstel en tevredenheid zijn de ultieme doelstellingen van CREER.

### Chronische pijn

En wat als de pijn langer dan drie maanden blijft duren? Als een specialist of huisarts geen mogelijkheid meer heeft om een pijn-

**Dr. Martine Puylaert, anesthesist: "Als een specialist of huisarts geen mogelijkheid meer heeft om een pijnprobleem op te lossen, kan het Multidisciplinair Pijncentrum soms extra hulp bieden."**

ke zorg te kunnen voorzien, is een prachtig voorbeeld. Een toegewijd team van recovery verpleegkundigen staan de patiënten bij om zo van bij het prikken van een blokkade voor pijnbestrijding tot het ontslag na de operatie de patiënten op te volgen. Vanuit de dienst Anesthesie stellen we preoperatief indicaties

patiënten een epidurale pomp waardoor ze naast de continue medicatietoediening ook de mogelijkheid krijgen, binnen bepaalde grenzen, om zichzelf een bolus te geven. Deze pomp kan enkele dagen ter plaatse blijven wat de ademhaling verbetert en naderhand het herstel.





probleem op te lossen, kan het Multidisciplinair Pijncentrum soms extra hulp bieden. In het pijncentrum van het ZOL, dat de titel 'centre of excellence' kreeg van het World Institute of Pain, worden de meeste patiënten ambulante opgevolgd. Na een evaluatie zal een behandelingsplan op maat worden opgemaakt. Indien het om een afgelijnd probleem gaat, kan eventueel een invasieve behandeling worden voorgesteld. Dit is niet steeds een goede optie. Indien het een lang bestaand probleem betreft of een multiloculair pijnprobleem, zal de evaluatie multidisciplinair gebeuren wat betekent dat zowel artsen, kinesisten, ergotherapeuten, psychologen en sociaal werkers gaan kijken wat ze voor deze persoon kunnen betekenen. Zij werken samen om voor de patiënt de beste pijnreductie te bewerkstelligen of, indien er hiervoor geen opties zijn, hen te leren hun pijn te accepteren. De klemtoon ligt op de biologische, fysische en psychische ondersteuning van de patiënt (biopsychosociale aanpak). Hierbij wordt het doel verlegd naar functionele verbetering, beter zelfbeheer van het chronisch pijnprobleem, verbetering van de medicamenteuze behandeling maar ook een duidelijk antwoord geven op vragen in verband met pijn om zo een vermindering van shoppinggedrag binnen de gezondheidszorg te bekomen.

#### **Pijnbestrijding bij oncologische patiënten**

Indien de medicamenteuze therapie onvoldoende is, er hoge dosissen moeten gegeven

worden of er belangrijke nevenwerkingen zijn, dient men te overleggen of er geen andere opties zijn om de pijn tot een aanvaardbaar niveau te brengen. Praktisch is bijvoorbeeld 100 mg morfine een grens. Via de oncoloog, orgaanspecialist of huisarts kan advies bij de pijnspecialist worden ingewonnen voor invasieve opties maar ook voor de op puntstelling van de medicamenteuze therapie. Het is immers niet omdat er morfine gegeven wordt dat de pijnstilling goed is. Zo beschikken we over een aantal blokkades waarbij we de geleiding van pijn in bepaalde zenuwen kunnen stilleggen om zo tot een comfortabelere situatie te komen. Indien er een mogelijkheid is tot een invasieve behandeling zal deze met de patiënt en de behandelende arts besproken worden.

Eenzijds zijn er zenuwonderbrekingstechnieken. Een typisch voorbeeld voor bovenbuikpijnen gevolge van kanker is een coeliacus- of splanchnicusblokkade. Anderzijds kan men medicatie (morfine/lokaal verdovend middel) toedienen met een katheter in het ruggenmergvocht om met een zeer lage concentratie aan morfine toch een goed effect te bekomen. Dit wordt verbonden met een pompje waarbij de patiënt naast een continue toediening van medicamenten ook de mogelijkheid heeft om zichzelf een bolus te geven. Hierbij is de nazorg/thuiszorg heel belangrijk maar gelukkig kunnen we rekenen op een goede samenwerking met de eerste lijn.

#### **Zijn we er?**

Het is belangrijk om permanent verder te werken.

Zo wordt er een continue opleiding voor de verschillende diensten voorbereid. Hierbij gaat de verpleegkundige van de algologische functie kijken op de diensten wat de problemen zijn. Dit werkt goed: door de verpleegkundige op de dienst zelf even te laten meelopen, is er immers een wisselwerking mogelijk.

Komend werkjaar zal er ook opnieuw een modulaire opleiding pijn gegeven worden. Zo kunnen we progressief meer zorgverleners met een goede achtergrond over pijn tot de vaste waarden in het ziekenhuis te rekenen.

Het pediatrisch pijnprotocol zal opnieuw worden bijgestuurd. Er zijn recent twee anesthesisten aangeworven in het ZOL met bijzondere bekwaamheid in de pediatrische anesthesie/intensieve geneeskunde. Zij zullen dit met de pediaters bekijken.

Een heel werk maar zeker de moeite waard...

**Dr. Martine Puylaert**  
Anesthesist/pijnspecialist