

Integraal pijnbeleid voor kinderen

Minder pijn, minder huilen, minder overstuur

Meander Medisch Centrum heeft zich veel moeite getroost om na de fusie in 2002 te komen tot een integraal pijnbeleid voor kinderen die in het ziekenhuis worden behandeld. Wat het ontwikkelen van nieuw beleid in het bijzonder ingewikkeld maakte, was dat kinderen niet alleen op de kinderafdeling verblijven, maar ook verschillende poliklinieken bezoeken, zoals urologie, oogheelkunde of kaakchirurgie. De projectgroep ontwikkelde om die reden verschillende pijnprotocollen en richtlijnen; het nieuwe pijnbeleid kon zodoende 'ziekenhuisbreed' worden ingevoerd.

In het voormalig Medisch Centrum Molendaal in Baarn, startte de medewerkers van de kinderafdeling in mei 1999 het project 'Verpleegkundig Pijnprotocol'. De aanleiding voor het ontwikkelen van een protocol was dat de hulpverleners van de kinderafdeling elke dag geconfronteerd werden met kinderen met pijn, terwijl richtlijnen voor een eenduidige aanpak ontbraken. De artsen en verpleegkundigen van de kinderafdeling handelden in het geval van pijnbestrijding met de beste bedoelingen, maar het betrof altijd een individuele keuze, zodat er geen sprake was van een eenduidig pijnbeleid. Om die reden is er destijds een projectgroep opgericht, waarin een aantal verpleegkundigen en medisch specialisten zitting namen. Doelstelling was om te komen tot een eenduidige manier van omgaan met pijn bij kinderen. Ook het voorkomen en/of verminderen van pijn bij kinderen door het toepassen van nieuwe ontwikkelingen op dit gebied stond op de agenda. Uiteindelijk heeft het project geresulteerd in meerdere protocollen voor pijn bij kinderen, die per 1 mei 2000 in werking zijn getreden. De meeste van deze protocollen zijn gebaseerd op het 'Verpleegkundig protocol pijn bij kinderen, het voorkomen, verminde-

ren en opheffen van pijn' van de Vereniging van KinderVerpleegkundigen (1997).

Samengaan

In het jaar 2002 fuseerde Medisch Centrum Molendaal in Baarn met het Eemland ziekenhuis uit Amersfoort tot Meander Medisch Centrum. Na de fusie is de kinderafdeling in zijn geheel ondergebracht op de locatie in Amersfoort. Het samengaan van beide kinderafdelingen vormde een goede aanleiding om de sterke punten van beide afdelingen te bundelen. Op die manier kon de kwaliteit op de nieuwe kinderafdeling nog verder worden verhoogd.

Vanwege de vernieuwingen is opnieuw een projectgroep geformeerd om een nieuw of vernieuwd pijnbeleid te ontwikkelen en te introduceren voor de locatie Amersfoort. Wederom namen een aantal verpleegkundigen en medisch specialisten hier aan deel, aangevuld door een pedagogisch medewerker, een orthopedagoge, een ziekenhuis-apotheker en een leidinggevende van het laboratorium. De projectgroep heeft veel tijd en energie gestoken in het ontwikkelen van de nieuwe protocollen. Dat heeft niet in de laatste plaats te maken met het feit dat kinderen niet alleen op de kin-

derafdeling, maar ook op andere plekken in het ziekenhuis terecht komen. Er zijn slechts een paar specialismen die géén kinderen zien op de polikliniek, zoals geriatrie. De overige specialisten behandelen regelmatig kinderen. Ze zijn direct betrokken bij het ontstaan van pijn bij kinderen door de behandelingen die ze uitvoeren en door de bijbehorende onderzoeken die kinderen moeten ondergaan. Zodoende waren bijna alle specialismen betrokken bij de ontwikkeling van het nieuwe pijnbeleid voor Meander Medisch Centrum.

De projectgroep heeft tevens de gelegenheid aangegrepen om de nieuwste inzichten op het gebied van kinderen met pijn op te nemen in het nieuw te formuleren pijnbeleid. Bovendien wilden ze de knelpunten die nog bestonden na het ontwikkelen van de eerdere pijnprotocollen in het voormalig Medisch Centrum Molendaal in Baarn (2000) ook uit de weg helpen. Eén van die knelpunten was bijvoorbeeld dat pijnstillende zalf werd gebruikt voor het verdoven van de huid voor het prikken, terwijl daar geen richtlijn voor bestond. Zodoende kwam het wel eens voor dat op de handrug zalf was aangebracht, terwijl er in de elleboogplooi geprikt werd – of andersom.

Na uitvoerig overleg met de vele betrokkenen, na vele verbeteringen en preciseringen van de tekst om misinterpretatie te voorkomen, en na het aanschrijven van alle specialisten en afdelingen die kinderen behandelen en verplegen, was het in november 2003 zover: het nieuwe instellingsbrede pijnbeleid voor kinderen was een feit.

Daarna kon begonnen worden met de invoering van de verschillende richt-

Een pijnlijk onderwerp

Van de redactie

Omdat het zo'n precair onderwerp is, heeft het Tijdschrift Kind en Ziekenhuis al diverse malen aandacht besteed aan pijn en pijnbestrijding bij kinderen. Zo begon de redactionele inleiding op het themanummer 'Pijn' in 1986* met de zin: 'Het is opmerkelijk hoe weinig er bekend is over pijn bij kinderen'. Een paar jaar later, in september 1989, werd in het tijdschrift Kind en Ziekenhuis geconstateerd dat de kennis over pijn bij kinderen in het ziekenhuis weliswaar was verbeterd, maar ze vertoonde nog grote lacunes.

Hoewel pijn één van de meest voorkomende verschijnselen is in het ziekenhuis, was het optreden tegen pijn bij kinderen in 1989 nog een onderschat en ondergewaardeerd probleem. Er bestond een aantal misvattingen over pijn bij kinderen, zoals: kinderen zouden niet in staat zijn tot het voelen van hevige pijn omdat hun fysieke ontwikkeling gering is, kinderen herinneren zich geen pijn, daarom hebben ze er geen last van, een spelend kind heeft geen pijn, het is gevaarlijk aan kinderen pijnstillers te geven vanwege de kans op verslaving, kinderen genezen sneller dan volwassenen, daarom zal hun pijn ook wel niet zo hevig zijn.

Meetinstrumenten

Sinds die tijd is er – gelukkig – veel veranderd omtrent het denken en handelen over pijn bij kinderen in het ziekenhuis. Langzaam worden de gezichtsuitdrukking van een kind, het huilen en de lichaamsbeweging herkend en erkend als tekenen van pijnbeleving. Spierspanning, troostbaarheid, slapeloosheid en prikkelbaarheid zijn andere manieren om pijn bij kinderen in te schatten. Ook zijn er in de laatste jaren 'meetinstrumenten' ontwikkeld die kunnen helpen bij het inschatten van de pijn die baby's en kleine kinderen ervaren. Deze groep patiëntjes kan immers niet zelf vertellen dat ze pijn ervaren, in welke mate en op welke plaats in het lichaam. Het signaleren van pijn bij kinderen is één ding. Een ander punt is het voorkomen, verminderen of bestrijden van pijn bij zieke kinderen. Om tot een eenduidige aanpak te kunnen komen in de behandeling van pijn, zullen behandelaars binnen een ziekenhuis een samenhangend pijnbeleid moeten ontwikkelen. Meander Medisch Centrum heeft dat reeds tot stand gebracht. Daar heeft een projectgroep zich gebogen over het 'gevoelige' onderwerp pijn bij zieke kinderen. Uiteindelijk is de projectgroep gekomen tot een helder geformuleerd pijnbeleid met verschillende pijnprotocollen voor de diverse specialismen die zijn betrokken bij de behandeling van kinderen. Het nieuwe pijnbeleid wordt breed gedragen. Dat moet ook wel, want de behandeling van zieke kinderen beperkt zich niet tot de kinderafdeling.

* Pijn, themanummer Tijdschrift Kind en Ziekenhuis, jrg. 9, nr. 2, 1986.

** Pijn, themanummer Tijdschrift Kind en Ziekenhuis, jrg. 12, nr. 3, 1989.

lijnen. De introductie is 'ziekenhuisbreed' aangepakt. Op de afdelingen waar kinderen worden verpleegd, zoals de spoedeisende hulp, de kraamafdeling en de kinderafdeling, zijn de nieuwe richtlijnen mondeling gepresenteerd en toegelicht door de projectgroep. Ook is er uitgebreid ingegaan op het werken met pijnscorelijsten. De verpleegkundigen uit de projectgroep hebben de verpleegkundigen op de desbetreffende afdelingen hierin geschoold. De verpleegkundigen van de kinderafdeling hebben vóór de presentatie en scholing een kennistest afgelegd omtrent pijn bij kinderen. Tevens is hen gevraagd om het bestaande pijnbeleid te beoordelen met een cijfer tussen de nul en tien. Het gemiddelde was een 5,8. Het kennisniveau over pijn is van tevoren ook gemeten: dit leidde tot een 6,1. De kennistest en de beoordeling van het pijnbeleid zal eind 2005 herhaald worden om te kijken of de scholing en informatie over pijn beklijven. Ook zal gekeken worden of de verpleegkundigen en specialisten het beleid als een verbetering zien.

Het nieuwe pijnbeleid voor kinderen bestaat uit dertien richtlijnen.

- Eén richtlijn bevat voorschriften voor het toedienen van pijnmedicatie, zoals paracetamol (oraal), diclofenac (rectaal en oraal) en morfine (rectaal en intraveneus). Voor paracetamol is een apart toedieningsschema gemaakt voor neonaten en pasgeborenen.
- Eén richtlijn beschrijft het gebruik van pijnstillende zalf voor het aanpakken van de huid van kinderen.
- Zes richtlijnen zijn gericht op pijn bij veel voorkomende ziektebeelden op de kinderafdeling zoals urinewegontsteking, longontste-

king, botbreuken, geboortetrauma, schedeltrauma en pijn in de buik.

- Eén richtlijn geeft informatie over het voorkomen, verminderen en/of opheffen van pijn rond een operatie.

De overige richtlijnen geven informatie over:

- het afnemen van een anamnese die gericht is op pijn;
- het beschrijven van symptomen bij pijn;
- het plegen van algemene verpleegkundige interventies, zoals een kind voorbereiden en afleiden, maar ook ontspanningstechnieken die pijn helpen voorkomen, verminderen en/of opheffen;
- het gebruik van de verschillende pijnscorelijsten (deze zijn gericht op verschillende ontwikkelingsniveaus). In Meander Medisch Centrum gebruiken ze de VAS, de Oucher en een nonverbale pijnscorelijst, welke is gebaseerd op de agitatiescore.

Daarnaast zijn de volgende afspraken gemaakt met alle specialisten en verpleegkundigen die kinderen behandelen en verplegen.

- Kinderen krijgen pijnmedicatie gedoseerd volgens de richtlijn pijnmedicatie. Hierin zijn de doseringen paracetamol, diclofenac en morfine aangepast volgens de laatste wetenschappelijke bevindingen.
- Kinderen krijgen de medicatie rectaal toegediend indien noodzakelijk of gewenst, oraal indien gewenst, intraveneus als orale en rectale toediening onvoldoende helpen of op voorhand noodzakelijk is. Pijnmedicatie wordt niet meer intramusculair gegeven.
- Standaard wordt een oplaaddosis** paracetamol twee uur vóór de te

verwachten pijn gegeven - of er wordt zo snel mogelijk gestart met de oplaaddosis als het kind pijn heeft.

- Pijnmedicatie wordt volgens schema toegediend, om de therapeutische spiegel in het bloed te handhaven. Alleen in het geval van pijn bij wondverzorging kan pijnmedicatie eenmaal daags toegediend worden.
- Ook de verantwoordelijkheden van anesthesiologen, de hoofdbehandelaar en de kinderartsen op het gebied van pijn bij kinderen zijn vastgelegd.

Om kinderen tijdig een oplaaddosis te kunnen toedienen, zijn de medewerkers van alle poliklinieken waar kinderen komen die een operatieve behandeling voorgeschreven krijgen (KNO, urologie, oogheelkunde, kaakchirurgie, chirurgie en orthopedie) geïnstrueerd om de ouders naast een opnameboekje van de kinderafdeling ook een eenmalige dosis paracetamol mee te geven. Ouders geven deze dosis de ochtend van de operatie thuis aan hun kind.

Spanning

Tijdens het ontwikkelen van de richtlijnen voor Meander Medisch Centrum kwamen ook andere aspecten rondom pijn bij kinderen aan de orde. Pijn vermindert weliswaar door ontspanning en afleiding, maar verergert door ongemakken als misselijkheid en spanning. Om pijn te bestrijden is het dus noodzakelijk om misselijkheid en spanning ook zoveel mogelijk tegen te gaan. In het ziekenhuis was nog geen eenduidig beleid om misselijkheid bij kinderen te verminderen of op te heffen. De anesthesiologen uit de projectgroep hebben daarom een

richtlijn medicatie bij kinderen met misselijkheid geschreven. Om de invloed van spanning en stress tegen te gaan is in de richtlijn pijnmedicatie het advies opgenomen om naast pijnmedicatie soms kortdurend anxiolytica (rustgevendende medicatie) voor te schrijven. Daarnaast wordt in de richtlijn voor pijn door botbreuken geadviseerd spierrelaxantia (spierontspanners) voor te schrijven. Bij het uitwerken van het paracetamol-schema kwam de projectgroep er overigens achter dat er een grote behoefte bestond aan zetpillen paracetamol van 30 en 360 milligram. Omdat deze niet bestonden, zijn ze door de ziekenhuisapotheek ontwikkeld. Ze behoren nu tot het standaard ziekenhuisassortiment.

Minder pijn

Na de invoering van de nieuwe richtlijnen omtrent pijnbehandeling bij kinderen, stelde de projectgroep zichzelf de vraag of de doelstelling, kinderen tijdens een ziekenhuisopname minder of geen pijn te laten lijden, ook daadwerkelijk werd gehaald. Al tijdens het ontwikkelen van het nieuwe pijnbeleid had de projectgroep besloten een meting uit te voeren om te kunnen achterhalen of de nieuwe maatregelen voldoende waren om het gestelde doel te bereiken.

Nog voor de introductie van het pijnbeleid is een nulmeting gehouden. Drie maanden lang, van augustus tot november 2003, is bij 57 kinderen op de kinderdagbehandeling pijn gemeten. Deze meting vond alleen plaats in Amersfoort, omdat al in 2000 een pijnbeleid voor kinderen op de locatie Baarn, voorheen Medisch Centrum Molendaal, was ingevoerd. De gemiddelde pijnscore tijdens de nulmeting in Amersfoort

bedroeg 4,8 op de schaal van nul tot tien.

De gemiddelde pijnscore in de periode mei tot augustus 2004, uitgevoerd onder 70 kinderen, was 3,5. Bij beide metingen (nulmeting en vervolg) liepen de scores van kinderen uiteen van nul tot tien. Enerzijds kunnen we stellen dat er nog steeds kinderen zijn die zeer veel pijn voelen; anderzijds is het zo dat de kinderen gemiddeld minder pijn hebben. Het meten van de pijn is sinds de invoering van het nieuwe pijnbeleid

overigens een standaardprocedure geworden.

Minder overstuur
Naast de puur kwantitatieve gegevens zijn er de ervaringen en meningen van specialisten en verpleegkundigen. Opvallend gegeven op de dagbehandeling is dat kinderen minder huilen en minder vaak overstuur zijn. Dit komt door de hogere dosering in de pijnbestrijding en door het vervroegen van het moment van toedoen van pre-

Foto: Chris Timmers



operatieve pijnmedicatie. Vóór de invoering van het nieuwe pijnbeleid kregen kinderen korte tijd voor de operatie een standaard dosis toegediend. Nu krijgen de kinderen thuis, ongeveer twee uur voor de operatie, een eenmalige oplaaddosis. Hierdoor is de therapeutische spiegel optimaal op het moment dat het kind bijkomt uit de narcose. Daardoor ervaart het minder pijn. De kinderen in Meander Medisch Centrum huilen minder en zijn sneller getroost en afgeleid. Naast de effecten van hogere en beter afgestemde doseringen, blijkt kennis over en aandacht voor pijn bij

grotere kinderen en ouders is dit te begrijpen. Op deze manier krijgen kinderen en hun ouders instrumenten in handen om zelf iets te doen aan de pijn. Door de protocollering kan er sneller gehandeld worden als een kind pijn heeft. De verpleegkundige hoeft niet meer te wachten op de opdracht van de arts; hij of zij mag volgens het opgestelde schema zelf pijnmedicatie geven. Mocht bij ernstige pijn méér of andere medicatie nodig zijn, dan is in eerste instantie alleen een mondelinge toestemming van de behandelend arts nodig. Dit is een aanzienlijke verbetering ten opzichte

stelde richtlijnen aan de laatste bevindingen aanpassen. Daarnaast wordt gewerkt aan het ontwikkelen van richtlijnen voor het behandelen van pijn door brandwonden, maar ook van oncologische en chronische pijn. Ook bekijkt de projectgroep of er meer niet-medicamenteuze interventies bestaan om pijn bij neonaten te voorkomen of te verminderen. Volgens de projectgroep moet het meten van de pijnbeleving in het ziekenhuis in de nabije toekomst net zo normaal worden als het opnemen van de lichaamstemperatuur. Ook de afdelingen van Meander Medisch Centrum waar volwassenen worden behandeld delen deze visie. De integratie van het meten van pijn zal leiden tot een aanpassing van de gebruikte formulieren van het verpleegkundig dossier, zodat het vragen naar de pijnbeleving vrijwel automatisch een standaardonderdeel wordt van de verpleegkundige zorg.

Conny van Velden

is verpleegkundig specialist Kind- en Jeugdzorg in Meander Medisch Centrum, Amersfoort/Baarn/Soest en voorzitter van de projectgroep 'Pijn bij kinderen'.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen via 033-8504809 of c.van.velden@meandermc.nl.

Margreet Feenstra

is eindredacteur van het Tijdschrift Kind en Ziekenhuis.

* Bovenstaand artikel is tot stand gekomen door nauwe samenwerking tussen genoemde auteurs.

** Een oplaaddosis paracetamol is een verantwoorde extra hoge toediening om zo snel mogelijk een therapeutische paracetamolspiegel in het bloed te bereiken.

Bijna alle specialismen waren betrokken bij de ontwikkeling van het nieuwe pijnbeleid

kinderen ook van invloed op de pijnbeleving. Aandacht van verpleegkundigen voor pijn bij kinderen geeft ouders en hun zieke kind het gevoel dat ze ondersteund worden. Door de aandacht voor pijn bij kinderen neemt angst en stress die is ontstaan door pijn af. Dat is gunstig omdat angst en stress een negatieve invloed hebben op pijn.

Mogelijkheden

Uit de praktijk blijkt dat met name kennis over het ontstaan van pijn de verpleegkundigen inzicht geeft in de mogelijke interventies. In de nociceptieve fase, dat is de fase waarin een pijnprikkel door het zenuwstelsel wordt signaleerd en geleid, kan afleiding veelbetekenend zijn. In de volgende fasen is pijnmedicatie, in combinatie met afleiding, vaak een betere oplossing. Voor

van de vroegere situatie, waarin altijd gewacht werd tot de arts het recept geschreven had. Door drukte ging daar soms veel tijd overheen. Omdat specialisten nu minder vaak vragen krijgen van verpleegkundigen over pijn bij kinderen, scheelt de nieuwe werkwijze hen kostbare tijd.

Pijnvrije toekomst

De kennis over het bestrijden van pijn bij kinderen neemt nog altijd toe. Daarom ligt het in de lijn der verwachting dat de toekomst van zieke kinderen er 'pijnrijver' zal uitzien. Momenteel loopt er een groot-scheeps Europees onderzoek naar de toediening van Tramal® bij kinderen. Dit is een opioïd, dat zowel oraal als rectaal gegeven kan worden voor matige tot ernstige pijn. Wij wachten vol spanning de resultaten af. Indien nodig zal de projectgroep de opge-

Het elektronisch patiëntendossier

Patiënten kijken ernaar uit

Op regionaal en landelijk niveau wordt gewerkt aan een elektronisch patiëntendossier (EPD). Daarbij gaat het om de bundeling van dossiers die de zorgverleners ieder afzonderlijk van hun patiënten bijhouden. Het EPD maakt het mogelijk dat zij langs elektronische weg in elkaars dossiers kunnen kijken.

Informatie, die de zorgverlener vastlegt in een dossier, is van cruciaal belang voor een goede behandeling van kinderen. Op dit moment is nog lang niet altijd de juiste patiëntinformatie, op de juiste plek en voor de juiste zorgverlener beschikbaar. Dat leidt nogal eens tot problemen. Zelfs komt het voor dat operaties moeten worden verplaatst omdat de juiste informatie niet voorhanden is. Een goed functionerend elektronisch patiëntendossier of EPD zou een oplossing voor dit soort problemen kunnen bieden. Zeker de patiënten zien het belang van zo'n dossier in en zouden het liever vandaag dan morgen zien ingevoerd.

Ideaalbeeld

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft bij het elektronisch patiëntendossier (EPD) een ideaalbeeld voor ogen: 'Het is een elektronisch dossier dat alle relevante medische en zorginhoudelijke informatie over een patiënt van de wieg tot het graf bevat. Dat begint dus al bij de verloskundige zorg en het consultatiebureau. Alle zorgverleners die bij de patiënt betrokken zijn, kunnen de informatie inzien en in het eigen dossierdeel informatie toevoegen. Zorgverleners kunnen binnen een

instelling, maar ook over de muren van instellingen heen, informatie uitwisselen. Daarnaast heeft de patiënt ook een eigen deel waarin hij informatie over eigen ervaringen kan vastleggen.

De patiënt, of bij minderjarige kinderen de wettelijk vertegenwoordiger, heeft het laatste woord. Hij bepaalt welke zorgverleners welke delen van de informatie mogen inzien. Hij kan achteraf ook zien wie er allemaal in het dossier gekeken hebben en daar eventueel actie op ondernemen. De patiënt en de zorgverleners (die toestemming hebben) kunnen vanaf iedere computer met internetverbinding in het dossier. En alles is zo beveiligd dat derden (zorgverzekeraars, maar ook hackers) het dossier niet zonder toestemming van de patiënt kunnen inzien. Dit alles komt ten goede aan de kwaliteit van de zorgverlening en dus aan de patiënt. Immers, zorgverleners kunnen de zorg zo optimaal afstemmen. Bovendien is het een goed middel om van een aanbodgestuurde zorg te komen tot een vraaggestuurde zorg. De patiënt kan met de informatie uit het EPD meer invloed uitoefenen op de zorg die hij nodig heeft.

Zoals gezegd, dit is het ideaalbeeld. Wat echter is de stand van zaken?