



(The Wong-Baker Faces Pain Rating Scale. Bron: Graham 2004)

Het postoperatieve pijnbeleid van Universitair Medische Centra

Een onderzoek naar de verschillen in opzet en uitvoering van het postoperatieve pijnbeleid van academische ziekenhuizen en de oorzaken van deze verschillen.

Auteur	M.K. Linders
Studentnummer	292327
Opleiding	Gezondheidswetenschappen - Master Zorgmanagement Erasmus Universiteit Rotterdam - Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Schooljaar	2005 - 2006
Begeleider	Dr. A.P. Nieboer
Meelezer	Drs. K.M.M. Lemmens

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
Summary	8

1. Inleiding	10
---------------------	-----------

1.1	Probleemverkenning	10
1.2	Aanleiding van het onderzoek	13
1.3	Relevantie van het onderzoek	13
1.4	Probleemstelling, deelvragen en doelstelling	14
1.5	Opbouw van het onderzoeksverslag	14

2. Theoretisch kader	16
-----------------------------	-----------

2.1	Pijn	16
2.2	Inhoud van het postoperatieve pijnprotocol	17
2.3	Organisatorische knelpunten bij het invoeren en opvolgen van richtlijnen	20
2.4	Informatievoorziening	21
2.5	Pijnmeting	22
2.6	Toediening van pijnmedicatie	23
2.7	Conceptueel model	24

3. Methoden van onderzoek	26
----------------------------------	-----------

3.1	Dataverzameling	26
3.1.1	Protocollen	26
3.1.2	Interviews	27
3.1.3	Enquête	28
3.2	Analyse	31
3.2.1	Protocollen	31
3.2.2	Interviews	31
3.2.3	Enquête	32

3.3	Validiteit en betrouwbaarheid	32
3.3.1	Algemeen	32
3.3.2	Protocol	32
3.3.2	Interviews	32
3.3.3	Enquête	33
4.	Resultaten	34
<hr/>		
4.1	Protocollen	34
4.1.1	De pijn die de patiënt ervaart moet regelmatig beoordeeld worden met behulp van een pijn beoordelingsinstrument, bijvoorbeeld de VAS (Visual Analogue Scale).	34
4.1.2	Pijnmedicatie moet preventief toegediend worden.	36
4.1.3	De pijn van de patiënt moet beoordeeld worden in relatie tot beweging, bijvoorbeeld bij diep ademen of het bewegen van de benen.	37
4.1.4	De patiënt moet pré-operatief informatie ontvangen over de pijnbehandeling.	37
4.1.5	Individuele doelen voor pijnbehandeling moeten in overleg met de patiënt worden vastgesteld.	38
4.1.6	De verpleegkundige moet actie ondernemen op de pijn totdat een voor de patiënt aanvaardbaar pijnniveau is bereikt.	39
4.1.7	Er moet regelgeving zijn met betrekking tot het documenteren van pijnbeoordeling en pijnbehandeling.	39
4.1.8	Er moet één specifieke verpleegkundige zijn die verantwoordelijk is voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt, bijvoorbeeld een EVV (Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige).	39
4.1.9	Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot pijn.	40
4.1.10	Beschouwing	40
4.2	Interviews	42
4.2.1	Informatievoorziening	42
4.2.2	Pijnmeting	44
4.2.3	Toediening van pijnmedicatie	46
4.2.4	Beschouwing	47

4.3	Enquête	48
4.3.1	Ervaren pijn	48
4.3.2	Pré-operatieve informatievoorziening	49
4.3.3	Pijnmeting	50
4.3.4	Toediening van pijnmedicatie	52
4.4	Beschouwing resultaten	53
4.4.1	Pré-operatieve informatievoorziening	53
4.4.2	Pijnmeting	54
4.4.3	Toediening van pijnmedicatie	55
5.	Discussie en conclusie	56
<hr/>		
5.1	Discussie	56
5.2	Conclusie	57
6.	Aanbevelingen	63
<hr/>		
	Literatuurlijst	65
	Bijlagen	
Bijlage 1	Kwaliteitsindicatoren postoperatief pijnbeleid (Idvall et al. 2002)	69
Bijlage 2	Overzicht geïnterviewden	70
Bijlage 3	Topiclijst	71
Bijlage 4	Vragenlijst	73
Bijlage 5	Gebruikte vragen uit enquête Benchmark project	74
Bijlage 6	Patiëntinformatie formulier (NFU 2005b)	75
Bijlage 7	Instructiesheet verpleegkundigen van IKA 1998	77

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie waarin verslag is gedaan van mijn onderzoek naar het postoperatieve pijnbeleid van academische ziekenhuizen. Dit onderzoek is uitgevoerd ter afsluiting van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam. Bij het uitvoeren van dit onderzoek heb ik steun en hulp mogen ontvangen van verschillende personen. Zonder hen was het niet mogelijk geweest het onderzoek tot een goed einde te brengen.

Mijn dank gaat allereerst uit naar het Erasmus MC en het Universitair Medisch Centrum Nijmegen (UMCN). Beide instellingen hebben mij de ruimte geboden de benodigde data te verzamelen. Speciale dank gaat hierbij uit naar Arjan van Hoorn (Erasmus MC) en Hans Krijgsman (UMCN) voor hun hulp bij het uitzetten van de enquête op de verschillende afdelingen. Eveneens wil ik hen bedanken voor hun adviezen en bemiddeling bij het leggen van de benodigde contacten. Daarnaast wil ik de geïnterviewden danken voor hun tijd en openhartigheid.

Veel dank gaat tevens uit naar mijn begeleidster van de universiteit, Anna Nieboer. Dankzij haar kritische blik en adviezen is mijn scriptie geworden tot wat hij is. Daarnaast heeft zij mij gesteund en begeleid bij het oplossen van de verschillende problemen die op mijn pad zijn gekomen tijdens dit project. Ook wil ik Karin Lemmens bedanken voor het kritisch lezen en mede beoordelen van mijn projectvoorstel en scriptie.

Tot slot wil ik mijn ouders, broer, zus, vrienden en studiegenoten bedanken voor hun steun en begrip tijdens mijn laatste studiejaar. Door de combinatie van werk en studeren was het helaas vaak niet mogelijk de gewenste tijd met hen door te brengen. Hier hebben zij altijd begrip voor opgebracht. Zonder hun onvoorwaardelijke steun was het mij niet gelukt mijn onderzoek tot een goed einde te brengen.

Maike Linders

Nijmegen, augustus 2006

Samenvatting

Deze scriptie bevat een beschrijving van een onderzoek naar het postoperatieve pijnbeleid van academische ziekenhuizen. Postoperatieve pijnbestrijding is een onderwerp dat de afgelopen jaren in toenemende mate aandacht krijgt binnen de gezondheidszorg. Uitkomsten van onderzoek in de afgelopen dertig jaar suggereren dat 75% van de postoperatieve patiënten matige tot ernstige pijn ervaart. Hoewel de laatste jaren verbetering te zien is, is het gewenste kwaliteitsniveau van het postoperatieve pijnbeleid nog niet bereikt (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2003:9).

Het postoperatieve pijnprotocol vormt de basis van het postoperatieve pijnbeleid van ziekenhuizen. De inhoud en opzet van deze protocollen zijn mede bepalend voor de uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid, zoals de mate van ervaren pijn en patiënttevredenheid. Met een protocol dat voldoet aan de gestelde eisen zijn optimale resultaten van het pijnbeleid nog niet gegarandeerd. De voorgeschreven handelingen zullen in de praktijk ook daadwerkelijk uitgevoerd moeten worden om de beoogde uitkomsten te behalen. Verschillende (organisatorische) factoren kunnen de uitvoering van de protocollair vastgelegde handelingen beïnvloeden.

In dit onderzoek zijn de protocollen van het Erasmus MC, het Universitair Medisch Centrum Nijmegen (UMCN) en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) vergeleken en beoordeeld op inhoud en opzet met behulp van kwaliteitsindicatoren. Aan professionals van het UMCN en Erasmus MC is vervolgens in interviews gevraagd welke factoren de uitvoering van het pijnprotocol beïnvloeden. Tot slot zijn ervaring van patiënten met het postoperatieve pijnbeleid onderzocht. Hiervoor is een enquête uitgezet onder patiënten van het Erasmus MC en het UMCN.

De uitkomsten van het onderzoek laten zien dat het postoperatieve pijnbeleid van Universitair Medische Centra op verschillende punten verbeterd kan worden. Er bestaan zowel verschillen als overeenkomsten tussen ziekenhuizen in de uitwerking van het pijnbeleid in een protocol. Of er sprake is van overeenkomsten en/of verschillen en in welke mate deze zich voordoen is afhankelijk van welke ziekenhuizen men met elkaar vergelijkt. Een belangrijke conclusie die getrokken kan worden aan de hand van de protocollenanalyse is dat alle bestudeerde protocollen in meer of mindere mate bepaalde tekortkomingen en/of onduidelijkheden vertonen.

In de interviews geven professionals verschillende factoren aan die er de oorzaak van zijn dat het protocol niet altijd (volledig) wordt opgevolgd. Werkdruk, efficiency problemen en financiële barrières zijn de belangrijkste organisatorische factoren die het opvolgen van het protocol in de praktijk kunnen beïnvloeden. Daarnaast spelen factoren als de kennis van de medewerker omtrent het protocol en pijn(behandeling) een belangrijke rol. Uit de resultaten

van de enquête komen geen verschillen in ervaringen van patiënten van het UMCN en het Erasmus MC naar voren. Dat de pijnprotocollen van beide ziekenhuizen in grote mate overeenkomen kan er aan bijdragen dat er geen verschillen bestaan tussen deze ziekenhuizen. Verschillen bestaan er wel tussen de ervaringen van patiënten en professionals met betrekking tot de uitvoering van het postoperatieve pijnbeleid. Professionals geven bijvoorbeeld aan dat informatie over pijn en pijnbehandeling in de meeste gevallen gegeven wordt. Bijna een derde van de patiënten geeft echter aan dat zij geen informatie hebben ontvangen.

Summary

This thesis contains a description of a study regarding the post-operative pain policy of academic hospitals. Post-operative pain management is a subject that has received increasing attention within healthcare in recent years. The results of research over the last thirty years suggest that 75% of post-operative patients have experienced moderate to severe pain. Although improvements have been made in recent years, the desired quality level has not yet been achieved (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2003:9). The post-operative pain protocol is the basis of the post-operative pain policy of hospitals. The content and structure of the protocols also determine the outcomes of the post-operative pain policy, such as the extent of the pain experienced and patient satisfaction. A protocol that meets demands does not guarantee optimal results of the post-operative pain policy. The prescribed proceedings actually have to be carried out to achieve the desired outcomes. Various (organizational) factors can influence the carrying out of the proceedings according to protocol.

In this study the protocols of the Erasmus MC, the University Medical Centre Nijmegen (UMCN) and the Leiden University Medical Centre (LUMC) are compared and assessed on content and structure with the help of quality indicators. Professionals from the UMCN and the Erasmus MC were asked in interviews which factors influence the carrying out of the pain protocol. To study the experiences of patients regarding post-operative pain policy, a survey has been conducted among patients of the Erasmus MC and the UMCN.

The outcomes of the study show that the post-operative pain policy of University Medical Centres can be improved on several points. There are both differences and similarities between hospitals in the elaboration of the pain policy in a protocol. If differences and/or similarities are found and to what extent depends on which hospitals are compared. One important conclusion which can be drawn from the protocol analyses is that all protocols studied show certain shortcomings and/or ambiguity. Professionals indicate various factors that cause deviations from the protocol. Workload, efficiency problems and financial barriers are the most important organizational factors that influence the implementation of the protocol in practice. In addition, factors such as knowledge of the employees about the protocol and pain(treatment) play an important role.

The results of the inquiry do not show differences in experiences of patients of the UMCN and the Erasmus MC. The similarity of the pain protocols may explain the fact that there are no differences between these hospitals. However, differences do exist between the experiences of professionals and patients with regard to the extent to which the post-operative pain policy is actually carried out. For example, professionals indicate that they

give information about pain and pain(treatment) in most cases. Almost a third of the patients however indicate that they have not received any information at all.

1. Inleiding

Om te komen tot betere prestaties in de integrale bedrijfsvoering van de operatiekamercomplexen is de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) in 2005 gestart met een Benchmark onderzoek. De belangrijkste aandachtsgebieden hierbij zijn doelmatigheid, kwaliteit van arbeid en kwaliteit van zorg.

Dit onderzoek krijgt zijn plaats binnen het onderdeel 'kwaliteit van zorg'. Het postoperatieve pijnbeleid van de Universitair Medische Centra zal hierbij centraal staan.

In de eerste paragraaf van deze inleiding zal begonnen worden met een probleemverkenning. Vervolgens zal in de tweede paragraaf de aanleiding van het onderzoek beschreven worden. De derde paragraaf behandelt de relevantie van het onderzoek. De probleemverkenning, aanleiding en relevantie zullen in de vierde paragraaf leiden tot de onderzoeksvraag, deelvragen en de doelstelling van het onderzoek. Dit hoofdstuk wordt in de laatste paragraaf afgesloten met de opbouw van het onderzoeksverslag.

1.1 Probleemverkenning

Postoperatieve pijnbestrijding is een onderwerp dat de laatste jaren de nodige aandacht krijgt binnen de gezondheidszorg. Uitkomsten van onderzoek in de afgelopen dertig jaar suggereren dat 75% van de postoperatieve patiënten matige tot ernstige pijn ervaart. Onderzoek naar het postoperatieve pijnbehandelingbeleid in de Nederlandse ziekenhuizen laat zien dat er veel aan pijnbehandeling schort (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2003:9).

Bovenstaande wordt bevestigd in het rapport "Het resultaat telt!" van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Middels prestatie-indicatoren heeft de IGZ de kwaliteit en veiligheid van zorg in ziekenhuizen gemeten. Het rapport bevat de resultaten van de eerste tranche prestatie-indicatoren. Hoewel het een 'proefjaar' betrof hebben de indicatoren volgens de IGZ wel een objectief beeld gegeven van de kwaliteit van de geleverde zorg (IGZ 2005a:6). In de indicatorenset zijn twee indicatoren met betrekking tot pijn na de operatie opgenomen. Het betreft (IGZ 2005b:71):

1. Pijnmeting bij postoperatieve patiënten

- a. De beschikbaarheid van een pijnprotocol.
- b. De beschikbaarheid van een acute pijnservice.
- c. Het percentage postoperatieve patiënten bij wie gestandaardiseerde pijnmetingen zijn verricht.
- d. Het gebruikte meetinstrument voor postoperatieve pijnmetingen.

2. Het percentage patiënten dat gedurende de eerste 72 uur na een operatie gemiddeld een acceptabele pijnscore heeft.

Gestandaardiseerd postoperatieve pijnmeting is volgens de IGZ van belang omdat dit leidt tot meer inzicht in de pijn die patiënten ervaren. Dit inzicht draagt bij aan een effectievere pijnbestrijding. Pijnbestrijding is volgens de IGZ effectief indien patiënten de eerste 72 uur na de operatie gemiddeld een acceptabele pijnscore hebben (IGZ 2005a:36-38). Onder een acceptabele pijnscore verstaat de IGZ (2005a:38) “een gemiddelde pijnscore van 4 of minder op een schaal van 0 tot 10 (0 = geen pijn; 10 = ergst denkbare pijn) zowel in rust als bij beweging of hoesten”. De resultaten van de meting laten onder andere zien dat 16% van de onderzochte ziekenhuizen nog niet beschikt over een ziekenhuisbreed pijnprotocol. Daarnaast vindt in de helft van de ziekenhuizen nog geen gestandaardiseerde postoperatieve pijnmeting plaats (IGZ 2005b:73 e.v.).

Uit het bovenstaande blijkt dat het postoperatieve pijnbeleid in de Nederlandse ziekenhuizen nog een aantal tekortkomingen heeft. Het belang van postoperatieve pijnbestrijding is echter groot. Een goede postoperatieve pijnbehandeling is niet alleen vanuit humaan oogpunt wenselijk, maar ook vanwege de invloed van (de mate van ervaren) pijn op herstel, het ontstaan van chronische klachten en tevredenheid van patiënten (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2003:9). De IGZ (2005a) sluit zich hierbij aan, omdat volgens hen “adequate pijnbestrijding een belangrijke factor is in zowel het welbevinden van de patiënt als in het genezingsproces” (IGZ 2005a:39). Naar aanleiding van een aantal resultaten uit het onderzoek gaat de inspectie dan ook nader onderzoek doen. Het betreft hier ziekenhuizen die geen ziekenhuisbreed pijnprotocol hebben. Ook het ontbreken van een acute pijnservice of andere wijze om het beleid bij postoperatieve pijn te managen is aanleiding voor nader onderzoek.

Een veelgebruikte methode om postoperatieve pijn te managen is het gebruik van een protocol. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) geven protocollen aan “hoe lokaal uitvoering wordt gegeven aan standaarden, richtlijnen en opties en worden protocollen in het algemeen plaatselijk geformuleerd, rekening houdend met de eigenaardigheden van eigen praktijk en ziekenhuis. Het opstellen van protocollen is een verantwoordelijkheid van afdelingen en maatschappen anesthesiologie” (NVA 2006). Zoals blijkt uit de bovenstaande definitie worden protocollen vaak gebaseerd op richtlijnen. “Richtlijnen zijn zoveel mogelijk wetenschappelijk ondersteunde aanbevelingen op medisch-inhoudelijk of medisch-organisatorisch gebied die onder andere tot doel kunnen hebben:

- de arts en patiënt te ondersteunen in het besluitvormingsproces
- de kwaliteit en de doelmatigheid van het medisch handelen te bevorderen, en
- onacceptabele variaties in de praktijkuitoefening te beperken” (NVA 2006).

De aanbevelingen in een richtlijn zullen in de meeste gevallen moeten worden opgevolgd. Indien de situatie hierom vraagt kan beargumenteerd worden afgeweken van de richtlijn (NVA 2006).

Uit de definities van richtlijnen en protocollen blijkt dat een richtlijn handen en voeten moet krijgen in de vorm van een protocol. Hiertoe zal de richtlijn concreet gemaakt moeten worden binnen de eigen organisatorische context van een instelling.

Volgens Grol et al. (1994) heeft de organisatorische context invloed op de wijze waarop een richtlijn in een organisatie geïmplementeerd wordt. Meer concreet kan men hierbij denken aan voorzieningen, materiële c.q. financiële factoren, personele ondersteuning en organisatiestructuur. De kenmerken van een organisatie zullen dus mede de inhoud en indirect de uitkomsten van het protocol bepalen.

Zoals eerder beschreven hecht de IGZ waarde aan het al dan niet aanwezig zijn van een (ziekenhuisbreed) pijnprotocol vanwege de invloed hiervan op de kwaliteit van zorg. Volgens de IGZ kunnen ziekenhuizen hun eigen beleid ontwikkelen op basis van de door de NVA ontwikkelde richtlijn (IGZ 2005a). Het alleen aanwezig zijn van een protocol is echter niet voldoende om de kwaliteit van zorg te waarborgen. De inhoud en uitvoering van het protocol zijn mede bepalend voor de uitkomsten van het zorgproces en de kwaliteit van zorg.

Aangezien inhoud en uitvoering in belangrijke mate afhankelijk zijn van instellingsgebonden factoren is het waarschijnlijk dat er een verband bestaat tussen organisatorische aspecten en de uitkomsten van het postoperatieve pijnprotocol.

Om te kunnen beoordelen welke factoren van invloed zijn op uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid zijn dus meerdere aspecten van belang. Allereerst moet de inhoud van het protocol geanalyseerd worden. In dit onderzoek zal dan ook besproken worden in hoeverre postoperatieve pijnprotocollen van verschillende Universitair Medische Centra voldoen aan bestaande voorwaarden. Professionals kunnen vervolgens inzicht bieden in de mate waarin de protocollen uitvoerbaar zijn in de praktijk en welke factoren hieraan ten grondslag liggen. Tot slot is het van belang het oordeel van patiënten met betrekking tot de uitvoering van het postoperatieve pijnbeleid mee te nemen in de analyse van dit beleid.

Patiënten nemen namelijk in het ziekenhuis een centrale positie in. Om de kwaliteit van zorg te bepalen is het dus van belang rekening te houden met de beleving van de patiënt zelf (Visser 1984:7). Een van de uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid is de mate waarin de patiënt tevreden is over dit beleid. De tevredenheid c.q. satisfactie verwijst volgens Visser (1984:9) naar “de mate waarin patiënten positief of negatief oordelen over de aard van de

door hen ervaren behandeling in het ziekenhuis en op de verpleegafdeling". Aangezien protocollen een sturende functie hebben met betrekking tot de behandeling is het aannemelijk dat de inhoud en het naleven van het pijnprotocol invloed hebben op de tevredenheid van patiënten. De tevredenheid van patiënten met betrekking tot het (uit)gevoerde pijnbeleid kan een belangrijke indicator zijn voor de kwaliteit hiervan. Daarom zal patiënttevredenheid met het postoperatieve pijnbeleid een plaats innemen in dit onderzoek.

1.2 Aanleiding van het onderzoek

Dit onderzoek vindt plaats in het kader van het project "Benchmarking OK: van appels met peren naar Elstar met Jonagold" van de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU). Het project "Benchmarking OK" heeft onder andere tot doel "om te komen tot betere prestaties in de integrale bedrijfsvoering van operatiekamercomplexen, met name op het gebied van doelmatigheid, kwaliteit van zorg en kwaliteit van arbeid" (NFU 2005a:3). Een ander doel is "het vergaren én verspreiden van kennis over de verschillende structuren en werkwijzen van operatiekamercomplexen" (NFU 2005a:3). Kort samengevat kan men stellen dat de verschillende ziekenhuizen van elkaar willen leren.

Om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg voert de projectgroep onder andere een patiënttevredenheidsonderzoek uit. Een onderdeel van de enquête die gebruikt wordt om de patiënttevredenheid te meten in het kader van het project "Benchmarking OK" is deskundigheid. De deskundigheid van de medewerkers wordt bepaald door de wijze "waarop hulpverleners omgaan met ongemakken en/of lichamelijke klachten van de patiënt" (Caljouw 2005:7). Pijn is een belangrijke variabele die in de enquête gebruikt wordt om de deskundigheid van de medewerkers te meten.

Pijn hangt daarnaast in grote mate samen met andere variabelen die betrekking hebben op de deskundigheid, zoals angst. Het hebben van pijn kan angstgevoelens versterken en vice versa (Thelan 1998). Ook is er een samenhang tussen pijn en de verwachtingen van de patiënt betreffende de pijn na de operatie. Dit benadrukt het belang van een goede informatie voorziening.

Om te kunnen beoordelen in hoeverre organisatorische aspecten van invloed zijn op ervaren pijn en patiënttevredenheid zal nadere analyse plaats moeten vinden. Dit levert een beschrijving op van de huidige stand van zaken betreffende dit onderwerp en kan aanknopingspunten bieden voor vervolgonderzoek en het te voeren pijnbeleid.

1.3 Relevantie van het onderzoek

De grote hoeveelheid onderzoek naar de effecten van (postoperatieve) pijn op verschillende variabelen als tevredenheid, genezingsproces, etc. wijst op het belang hiervan. Onderzoek

laat zien dat het aannemelijk is dat “de introductie van georganiseerde postoperatieve pijnbehandeling leidt tot significante vermindering van postoperatieve pijn en een verkorting van de opnameduur”. (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2003:18).

Dit onderzoek heeft zowel maatschappelijke als praktische relevantie voor de Universitair Medische Centra. De maatschappelijke relevantie komt voort uit het feit dat verbeteringen in het proces van pijnbestrijding bijdragen aan een toename van de patiënttevredenheid en in het verlengde daarvan de kwaliteit van zorg. De mogelijke verkorting van de opnameduur kan tevens leiden tot kostenreductie. Daarnaast is het onderzoek relevant voor het management van de Universitair Medische Centra, omdat het kan bijdragen aan het verbeteren van het postoperatieve pijnbeleid op de OK.

1.4 Probleemstelling, deelvragen en doelstelling

Op basis van de probleemverkenning, de aanleiding voor het onderzoek en de relevantie is de probleemstelling met de bijbehorende deelvragen en doelstelling van dit onderzoek geformuleerd:

De probleemstelling is als volgt:

“In hoeverre verschilt de opzet van het postoperatieve pijnbeleid van academische ziekenhuizen en welke redenen zijn aan te geven voor het niet opvolgen van het bestaande postoperatieve pijnbeleid?”

Om de probleemstelling te operationaliseren zal tijdens het onderzoek antwoord worden gezocht op de volgende deelvragen:

1. Wat zijn inhoudelijke verschillen en overeenkomsten tussen pijnprotocollen van de verschillende ziekenhuizen?
2. Welke organisatorische kenmerken zijn volgens professionals van invloed op de uitvoering van het postoperatieve pijnbeleid?
3. Wat zijn verschillen en overeenkomsten in ervaringen van patiënten van de ziekenhuizen met betrekking tot de uitvoering van het postoperatieve pijnbeleid?

Dit onderzoek heeft tot doel het bieden van handvatten aan de Universitair Medische Centra voor het verbeteren van het postoperatieve pijnbeleid.

1.5 Opbouw van het onderzoeksverslag

In dit eerste hoofdstuk zijn de probleemverkenning, aanleiding en relevantie van het onderzoek geschetst. Op basis hiervan zijn de probleemstelling, deelvragen en doelstelling van het onderzoek geformuleerd. In hoofdstuk twee wordt het theoretisch kader besproken.

Centrale begrippen in dit onderzoek worden verder uitgewerkt en er wordt beschreven wat reeds in de literatuur bekend is over de probleemstelling en deelvragen. De methoden van onderzoek komen in hoofdstuk drie aan bod, waarbij onder andere de onderzoeksopzet en de methoden van dataverzameling worden toegelicht. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het onderzoek besproken. Hoofdstuk vijf beschrijft de conclusie van het onderzoek, waarbij antwoord wordt gegeven op de probleemstelling en deelvragen. Tevens zal dit hoofdstuk een discussie bevatten. In hoofdstuk zes ten slotte worden aanbevelingen gedaan.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zullen de centrale begrippen nader uitgewerkt worden. Allereerst wordt het begrip pijn besproken. Voordat de invloed van organisatorische aspecten op de uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid bestudeerd kunnen worden moet eerst duidelijk zijn wat hieronder verstaan wordt. In paragraaf twee wordt gekeken naar wat er al bekend is over de mogelijke inhoud van het postoperatieve pijnbeleid. Hierbij zal de nadruk liggen op het postoperatieve pijnprotocol. In de derde paragraaf wordt besproken welke (organisatorische) kenmerken van invloed kunnen zijn op (uitvoering van) het postoperatieve pijnbeleid. Vervolgens worden in de volgende paragrafen de onderdelen van het postoperatieve pijnbeleid besproken waarop organisatorische kenmerken van invloed kunnen zijn. Paragraaf vier gaat in op informatievoorziening. In de vijfde paragraaf komt pijnmeting aan de orde. In de zesde paragraaf wordt de toediening van medicatie besproken. Informatievoorziening, pijnmeting en de toediening van pijnmedicatie zullen centraal staan in de drie aspecten van dit onderzoek; de analyse van de protocollen, de gesprekken met professionals en de enquête voor patiënten. Ten slotte wordt in de laatste paragraaf de onderlinge samenhang van alle eerder beschreven aspecten van het postoperatieve pijnbeleid in een conceptueel model geplaatst.

2.1 Pijn

Uit de grote hoeveelheid literatuur die over pijn beschikbaar is blijkt dat er veel verschillende definities in omloop zijn. Het is echter van belang binnen de praktijk of het onderzoeksveld overeenstemming te bereiken over de te gebruiken definitie van pijn. Het overeenkomen van een definitie bevordert eenduidige communicatie tussen de verschillende partijen. Hoewel er veel verschillende definities van pijn bestaan is er consensus over het feit dat pijn zowel een fysiologische als psychologische component bevat. Een veel gebruikte definitie van pijn waarin beide componenten naar voren komen is die van de International Association for the Study of Pain (IASP) (Summers 2000).

Volgens de IASP is pijn "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" (IASP 2004).

Deze definitie besteedt aandacht aan de verschillende dimensies van pijn. Ten eerste is pijn een *onplezierige* ervaring. Pijn kan zo overweldigend zijn dat het de volledige aandacht van een persoon opeist en zijn gedrag en gedachten verstoort. Hij/zij zal allerlei activiteiten ondernemen om de pijn zo snel mogelijk te laten verdwijnen. Ten tweede zorgt het feit dat pijn onplezierig is ervoor dat het een *emotionele* ervaring is. Pijn is dus subjectief. Naast een emotionele ervaring is pijn tenslotte een *sensorische* gewaarwording op een bepaalde plaats

in het lichaam waarbij allerlei fysiologische processen betrokken zijn (Dingemans et al. 1993:17).

Pijn heeft een signaalfunctie die tweeledig is. Ten eerste kan pijn duiden op weefselbeschadiging. De signaalfunctie heeft in dit geval tot doel het gekwetste lichaamsdeel te laten rusten. Hierdoor krijgt het de kans te herstellen. Daarnaast kan pijn optreden ter voorkoming van weefselbeschadiging. Reflexen spelen hierbij een belangrijke rol. Een voorbeeld is het terugtrekken wanneer men een heet voorwerp aanraakt (Dingemans et al. 1993:17-18).

Het laatste deel van de definitie van de IASP doet recht aan het feit dat het kan voorkomen dat mensen aangeven pijn te hebben zonder dat er sprake is van aantoonbare afwijkingen of ziekten. Wanneer deze patiënten hun ervaring als pijn beschouwen en dit uiten op eenzelfde wijze als pijn veroorzaakt door weefselbeschadiging, dan accepteren we dit als pijn (Dingemans et al. 1993). McCaffery (1989) zegt hierover: "Pain is whatever the person experiencing it says it is, and it occurs when that person says it does" (in Thelan et al. 1998:169).

2.2 Inhoud van het postoperatieve pijnprotocol

Zoals eerder aangegeven vormen (landelijke) richtlijnen vaak de basis voor het protocol van een ziekenhuis. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft in 2003 een richtlijn vastgesteld voor postoperatieve pijnbehandeling. Naast de nodige aandacht voor het gebruik en de toediening van medicatie is er ook enige aandacht voor de organisatie van postoperatieve pijnbehandeling. Hierin wordt ten eerste aandacht besteed aan het multidisciplinair belang van de organisatie van postoperatieve pijnbehandeling. Veel verschillende disciplines zullen betrokken (moeten) zijn bij het postoperatieve pijnbeleid, zoals verpleegkundigen, snijdend specialisten en anesthesiologen. Hierbij zijn een duidelijke taakverantwoordelijkheid en bevoegdheden omschrijving van belang. Dit om binnen het multidisciplinaire verband afstemming te bereiken over het te voeren pijnbeleid (NVA 2003). Vervolgens wordt aandacht besteedt aan de implementatie van de richtlijn naar de patiëntenzorg. Zoals eerder aangegeven behelst dit onder andere het omzetten van de richtlijn in een protocol. De NVA geeft aan waardoor problemen betreffende de implementatie veroorzaakt kunnen worden. Zij noemt onder andere het multidisciplinaire karakter van de zorg rondom de postoperatieve patiënt en verkeerde veronderstellingen over pijn(behandeling) bij artsen, verpleegkundigen en patiënten. De NVA geeft aan dat het voor het aanpakken van deze problemen van belang is in overleg met verschillende disciplines een goed onderbouwd (ziekenhuis)breed plan op te stellen (NVA 2003). Aan welke inhoudelijke eisen dit plan zou moeten voldoen wordt echter niet nader uitgewerkt.

Ook is er bij de bespreking van de organisatie van postoperatieve pijnbehandeling aandacht voor patiëntenvoorlichting en pijnmeting. De NVA benadrukt het belang en de effecten van deze twee onderdelen van het postoperatieve pijnbeleid. Zo zouden patiëntenvoorlichting en pijnmeting een positief effect hebben op de effectiviteit van de pijnbehandeling.

Patiëntenvoorlichting draagt tevens bij aan het begrip van de patiënt over de mogelijkheden van pijnbehandeling (NVA 2003). De NVA gaat niet in op hoe dit in de praktijk vorm zou moeten krijgen. Er wordt bijvoorbeeld niet ingegaan op wanneer patiëntenvoorlichting gegeven zou moeten worden en welke informatie de patiënt zou moeten krijgen. Ook beschrijven zij niet hoe vaak pijnmeting plaats zou moeten vinden om het gewenste effect te bereiken.

Samenvattend kan men stellen dat de NVA in haar richtlijn verschillende belangrijke aspecten met betrekking tot de organisatie van postoperatieve pijnbehandeling aanhaalt en beschrijft. Veel verder dan een beschrijving gaat zij echter niet. Onduidelijk blijft hoe deze aspecten inhoudelijk uitgewerkt moeten worden in een protocol.

Ook in overige literatuur komt niet duidelijk naar voren waar een postoperatief pijnprotocol inhoudelijk aan moet voldoen. Wel hebben Idvall et al. (2002) vijftien kwaliteitsindicatoren vastgesteld die van belang zijn bij het postoperatief pijnbeleid (zie bijlage 1). Hiermee gaan zij dieper in op aspecten die een belangrijke rol spelen bij het vormgeven van dit beleid. Een kwalitatief hoogwaardig postoperatief pijnbeleid vraagt volgens hen om valide en betrouwbare indicatoren. De strategie betreffende het postoperatieve pijnbeleid kan op deze indicatoren gebaseerd worden. Daarnaast zijn de indicatoren bruikbaar bij het evalueren van de kwaliteit van zorg (Idvall et al. 2002).

Niet alle vijftien indicatoren zullen een plaats krijgen in een postoperatief pijnprotocol, maar ook in andere beleidsdocumenten en functie-omschrijvingen. Of een patiënt de gelegenheid krijgt om rustig te slapen wordt bijvoorbeeld bepaald door het feit of het stil is op de afdeling en of de lichten uit zijn. Dit zal geregeld moeten worden in afdelingsregels en niet in een protocol. De kennis die verpleegkundigen moeten bezitten over pijnbeoordeling en pijnbehandeling zullen worden opgenomen in functieprofielen en het opleidingsbeleid. Daarnaast zijn niet alle indicatoren van toepassing op de Nederlandse situatie. Alle verpleegkundigen in Nederland hebben een wettelijk verplichte opleiding gevolgd en zijn geregistreerd. Zodoende zullen altijd alle verpleegkundigen tijdens een dienst geregistreerd zijn.

In onderstaande tabel staan de negen indicatoren die een plaats kunnen krijgen in het postoperatieve pijnprotocol:

Tabel 1: Kwaliteitsindicatoren protocol

De pijn die de patiënt ervaart moet regelmatig beoordeeld worden met behulp van een pijnbeoordelingsinstrument
Pijnmedicatie moet preventief toegediend worden
De patiënt moet pré-operatief informatie ontvangen over de pijnbehandeling.
De verpleegkundige moet actie ondernemen op de pijn totdat een voor de patiënt aanvaardbaar pijnniveau is bereikt.
Individuele doelen voor pijnbehandeling moeten in overleg met de patiënt worden vastgesteld.
De pijn van de patiënt moet beoordeeld worden in relatie tot beweging.
Er moet regelgeving zijn met betrekking tot het documenteren van pijnbeoordeling en pijnbehandeling.
Er moet één specifieke verpleegkundige zijn die verantwoordelijk is voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt.
Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot pijn

Behalve het vaststellen van de indicatoren hebben Idvall et al. (2001) onderzocht in hoeverre deze indicatoren door verpleegkundigen belangrijk worden gevonden voor het bereiken van kwalitatief hoogwaardige zorg op het gebied van pijnbehandeling. Daarnaast hebben zij de verpleegkundigen laten beoordelen of deze indicatoren haalbaar zijn of niet. De eerste vier indicatoren in de tabel worden door respondenten het meest cruciaal geacht. Het betreft zowel de bijdrage aan kwalitatief hoogwaardige zorg als de uitvoerbaarheid (Idvall et al. 2001). Hiermee wordt nogmaals het belang van bijvoorbeeld pré-operatieve informatievoorziening, pijnmeting en de toediening van pijnmedicatie benadrukt.

Hoewel Idvall et al. (2002) dieper ingaan op factoren die een rol spelen bij het bieden van kwalitatief hoogwaardige zorg op het gebied van pijnbehandeling, gaan ook zij niet altijd in op hoe dit bereikt moet worden. Middels het gebruik van indicatoren laten zij zien wat in het beleid opgenomen moet worden, maar niet wat de (minimale) standaard is. Bij pijnmeting geven zij bijvoorbeeld wel aan dat dit minimaal drie keer verspreidt over de dag moet plaatsvinden. Daarnaast moet er gebruik gemaakt worden van een valide meetinstrument (de VAS) en moet er tijdens beweging gemeten worden. Echter wat betreft pré-operatieve informatievoorziening wordt niet aangegeven welke informatie dit moet zijn en op welk(e) moment(en) deze informatie gegeven moet worden. Wat de regelgeving op het gebied van documenteren van pijnbeoordeling en pijnbehandeling moet inhouden blijft ook onduidelijk.

2.3 Organisatorische knelpunten bij het invoeren en opvolgen van richtlijnen

Caluwé et al. (2002) beschrijven organisatieverandering als “de overgang van de ene toestand naar de andere; het veranderingsproces”. Van belang hierbij zijn werkwijzen en activiteiten (Caluwé et al. 2002:114). Invoering van een protocol schrijft een bepaalde, nieuwe handelingswijze voor. Grol & Grimshaw (2003) hebben onderzoek gedaan naar problemen die zich voordoen bij het invoeren en opvolgen van richtlijnen in de praktijk. Volgens hen zijn er veel verschillende factoren die de invoering van een richtlijn kunnen bevorderen of belemmeren. Zij noemen onder andere de sociale context en de professionele context. In de sociale context betreft het factoren die bijdragen aan de heersende opinie omtrent het onderwerp van de betreffende richtlijn. Voorbeelden hiervan zijn de huidige standaarden/routines, sleutelpersonen die het niet eens zijn met nieuwe richtlijn, ontbrekende kennis over het onderwerp, etc. In de professionele context bevinden zich factoren die betrekking hebben op de kennis en vaardigheden van de professional. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het zelftrouwen dat de professional heeft met betrekking tot het uitvoeren van bepaalde handelingen. De kennis die een professional bezit over een onderwerp heeft grote invloed op het al dan niet (juist) uitvoeren van de richtlijn (Grol & Grimshaw 2003; Cabana et al. 1999).

Naast de sociale en professionele context kan volgens Grol & Grimshaw (2003) ook de organisatorische context invloed hebben op het al dan niet opvolgen van richtlijnen. Allereerst worden financiële barrières genoemd. Deze kunnen zich voordoen wanneer voorgeschreven handelingswijzen niet (geheel) worden vergoed. Ten tweede spelen organisatorische beperkingen een rol. Hierbij kan men denken aan een gebrek aan tijd en middelen, onvoldoende personeel en het niet passen van de voorgeschreven handeling in de dagelijkse routine. Ten slotte worden de verwachtingen van de patiënt genoemd. Deze kunnen bijvoorbeeld te maken hebben met de voorkeur van de patiënt voor bepaalde medicijnen (Grol & Grimshaw 2003).

Ook Ellrodt et al. (1996) hebben onderzoek gedaan naar problemen bij de invoering en opvolging van richtlijnen. Zij achten efficiency problemen in het systeem mede verantwoordelijk voor het al dan niet opvolgen van richtlijnen. Het betreft hier bijvoorbeeld vertragingen doordat men moet wachten op uitslagen en consultatie (Ellrodt et al. 1996). In hun onderzoek naar de rol van instellingsgebonden factoren bij implementatie en invoering van richtlijnen gaan Cabana et al. (1999) nog een stap verder. Zij benoemen niet alleen deze factoren, maar beschrijven tevens hun invloed op andere beïnvloedende factoren. In hun onderzoek spreken Cabana et al. (1999) over omgevingsgerelateerde barrières. Dit zijn factoren die niet door de arts beïnvloedbaar zijn en voor een groot deel samenhangen met de organisatie waarin hij/zij werkzaam is. De factoren die in het onderzoek van Cabana et al. (1999) genoemd worden komen voor een groot deel overeen met de factoren die

aangehaald worden door Grol & Grimshaw (2003). Omgevingsgerelateerde barrières zijn volgens Cabana et al. (1999) echter van invloed op andere beïnvloedende factoren, als gebrek aan motivatie en de verwachtingen met betrekking tot de uitkomsten. Zij nemen dus een belangrijke plaats in waar het gaat om factoren die de opvolging van richtlijnen beïnvloeden (Cabana et al. 1999).

2.4 Informatievoorziening

In de literatuur staan tegenstrijdige bevindingen waar het gaat om de invloed van de pré-operatieve informatie die patiënten ontvangen op de postoperatieve pijn. De meeste onderzoeken laten zien dat patiënten die postoperatief informatie ontvangen over pijn en herstel minder pijn ervaren, minder pijnstillers nodig hebben en korter in het ziekenhuis verblijven. Pré-operatieve informatie kan de angst reduceren en draagt op die manier bij aan het verlagen van de ervaren pijn na de operatie (Sjöling et al. 2003).

Ander onderzoek toont aan dat informatie over pijn de patiënt juist gevoeliger maken voor het ervaren van meer pijn (Sjöling et al. 2003).

Sjöling et al. (2003) hebben middels een experiment geprobeerd de invloed van pré-operatieve informatie op angst, postoperatieve pijn en tevredenheid met pijnbehandeling aan te tonen. Twee patiëntgroepen kregen daarbij verschillende informatie. Beide groepen kregen schriftelijk en mondeling algemene informatie van procedurele aard, zoals wat gebeurt er voor de operatie, te verrichten bloedonderzoeken, etc. Daarnaast werd het instrument voor pijnmeting gedemonstreerd en toegelicht.

De experimentele groep heeft naast deze informatie nog specifieke informatie gekregen. Deze informatie legde de nadruk op het vergroten van de kennis van de patiënt over het eigen welbevinden. Van groot belang hierbij was dat de patiënt sterk werd aangemoedigd om een actieve rol aan te nemen in de eigen pijnbehandeling. Bijvoorbeeld door het personeel tijdig in te lichten wanneer pijn terugkeerde zodat pieken in de pijnvering voorkomen konden worden (Sjöling et al. 2003). Andere belangrijke aspecten waren:

- De voordelen van goed behandelde pijn zoals mogelijk korter verblijf in het ziekenhuis en betere lange termijn resultaten van de operatie;
- De risico's van een hoge mate van postoperatieve pijn zoals langere revalidatie, hogere bloeddruk, etc.;
- Het belang van preventieve pijnbehandeling. Pijn is beter te voorkomen dan te behandelen.

Uitkomsten van dit onderzoek laten geen verschil zien in pijnscores tussen de experimentele en de controlegroep. De onderzoekers zijn er echter van overtuigd dat specifieke informatie wel degelijk de ervaring van postoperatieve pijn in de controlegroep heeft beïnvloed. Dit blijkt

onder andere uit het feit dat voor de experimentele groep significant minder pijnmetingen zijn geregistreerd. Dit verschil is het meest duidelijk vanaf de derde dag postoperatief. Dit kan er op duiden dat de experimentele groep minder pijn heeft ervaren. Daarnaast heeft de specifieke informatie die de patiënten in de experimentele groep hebben ontvangen bijgedragen aan het reduceren van angst. Uit eerder onderzoek is gebleken dat angst waarschijnlijk van invloed is op de mate waarin men pijn na de operatie ervaart (Sjöling et al. 2003).

Naast de invloed van pré-operatieve informatie op het ervaren van pijn en angst blijkt uit onderzoek van Svensson et al. (2001) dat informatie ook invloed heeft op de tevredenheid van de patiënt met de pijnbehandeling. De verwachtingen die patiënten pré-operatief hadden betreffende het effect van pijnbehandeling en het daadwerkelijke effect van postoperatieve pijnbehandeling dragen voor een belangrijk deel bij aan de mate van (on)tevredenheid met deze pijnbehandeling (Svensson et al. 2001). Pré-operatieve informatie kan bijdragen aan het afstemmen van verwachtingen met betrekking tot pijn na de operatie en de daadwerkelijke pijnervaring.

Uit bovenstaande onderzoeken komt naar voren dat pré-operatieve informatie invloed heeft op angst, mate van postoperatieve pijn en tevredenheid met pijnbehandeling. Sjöling et al. (2003) geven daar bij aan welke informatie dit zou kunnen betreffen. Onduidelijk blijft echter wanneer, hoe en door wie deze informatie het best gegeven kan worden. Onderzoek van Watts & Brooks (1997) biedt hier enig inzicht in. Zij hebben aan patiënten die opgenomen moesten worden op de Intensive Care gevraagd wat volgens hen de meest geschikte methode is om informatie aan te bieden. Bezoek van een verpleegkundige scoort hierbij het hoogst, gevolgd door het schriftelijk aanbieden van informatie.

2.5 Pijnmeting

Het ontbreken van een objectieve pijnmaat is één van de problemen die een rol spelen bij pijnbehandeling. De afgelopen decennia worden pijnscoreinstrumenten gebruikt als klinische parameters voor evaluatie van de postoperatieve pijnbehandeling. De waarde die de patiënt zelf toekent aan zijn pijn is, bij het ontbreken van een objectieve maat, de meest betrouwbare indicator voor de mate waarin hij/zij pijn ervaart. Pijnscoreinstrumenten die in de praktijk veel gebruikt worden zijn de 'Verbal Rating Scale (VRS)', de 'Numerical Rating Scale (NRS)' en de 'Visual Analogue Scale (VAS)' (NVA 2003). De VRS of Likert scale kent antwoordcategorieën die kunnen variëren van een 3 tot een 7 puntsschaal. Voor de antwoordcategorieën wordt gebruik gemaakt van woorden als geen pijn, enige pijn, matige pijn, veel pijn en extreme pijn. De patiënt kan de antwoordcategorie kiezen die het best bij hem past. De NRS werkt daarentegen met getallen. Het betreft een lijn met hokjes waarin de waarden 0 tot 10 geschreven staan. De patiënt zet een kruis in het hokje dat het best bij zijn

situatie past. Ook de VAS werkt met getallen. Op een verticale lijn van precies 10 cm kan de patiënt een markering plaatsen om de mate van ervaren pijn aan te geven (Van der Heijde 2003).

Onderzoek naar het effect van pijnmeting heeft zich onder andere gericht op vergelijking van de verschillende instrumenten. Belangrijke variabelen hierbij zijn sensitiviteit, betrouwbaarheid, de voorkeur van de patiënt, etc. (Williamson & Hoggart 2005; Briggs et al. 1999; Jensen et al. 2002). In het kader van dit onderzoek is het echter niet relevant hier nader op in te gaan. Alle hiervoor beschreven instrumenten zijn valide en betrouwbaar gebleken en kunnen naar eigen voorkeur gebruikt worden. Belangrijk bij het gebruik van deze instrumenten is echter wel dat er gekozen wordt voor één instrument dat gebruikt wordt voor de pijnbeoordeling (NVA 2003). Dit draagt bij aan consistentie in de beoordeling en documentatie van de pijnmeting (Thelan et al. 1998).

Naast de vergelijking van instrumenten heeft onderzoek met betrekking tot pijnmeting zich met name gericht op de invloed van deze meting op de mate van ervaren pijn. Dit onderzoek heeft uitgewezen dat de invoering van gestandaardiseerde pijnmeting leidt tot minder postoperatieve pijn. Uit hetzelfde onderzoek komt naar voren dat pijnmeting bij beweging of tijdens diepe ademhaling effectiever is dan pijnmeting in rust (Gould et al. 1992; in NVA 2003).

Uit eerder genoemde onderzoeken komt echter niet naar voren hoe vaak pijn gemeten zou moeten worden om het gewenste effect te bereiken. Tevens is niet bekend wat de haalbaarheid van 'regelmatige' pijnmeting is.

2.6 Toediening van pijnmedicatie

In de literatuur wordt veel gesproken over het gebruik, de werkzaamheid, complicaties, etc. van de verschillende soorten pijnmedicatie. Gezien het karakter van dit onderzoek wordt hier niet nader op ingegaan. Interessanter is het om te bespreken of het haalbaar is om medicatie volgens de richtlijn toe te dienen. Het gaat hier dan niet om de wijze van toedienen, maar om het tijdstip van toediening.

Er is echter weinig concreet onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van het op het gewenste tijdstip toedienen van medicatie. Algemeen is bekend dat het voorkomen van pijn beter is dan het genezen van pijn (Sjöling et al. 2003). Dit legt de nadruk op het belang van preventieve toediening van medicatie. In de praktijk blijkt echter dat preventieve toediening van medicatie nog niet het gewenste effect heeft gesorteerd. Immers 75% van de postoperatieve patiënten geeft aan matige tot ernstige pijn te ervaren (NVA 2003). Dit kan meerderen oorzaken hebben. Eén van de oorzaken kan zijn dat medicatie niet op het juiste moment wordt toegediend. De NVA (2003) verwoordt dit als volgt: "Veelal wordt door de anesthesioloog een postoperatief schema afgesproken wat niet of niet consequent gevolgd

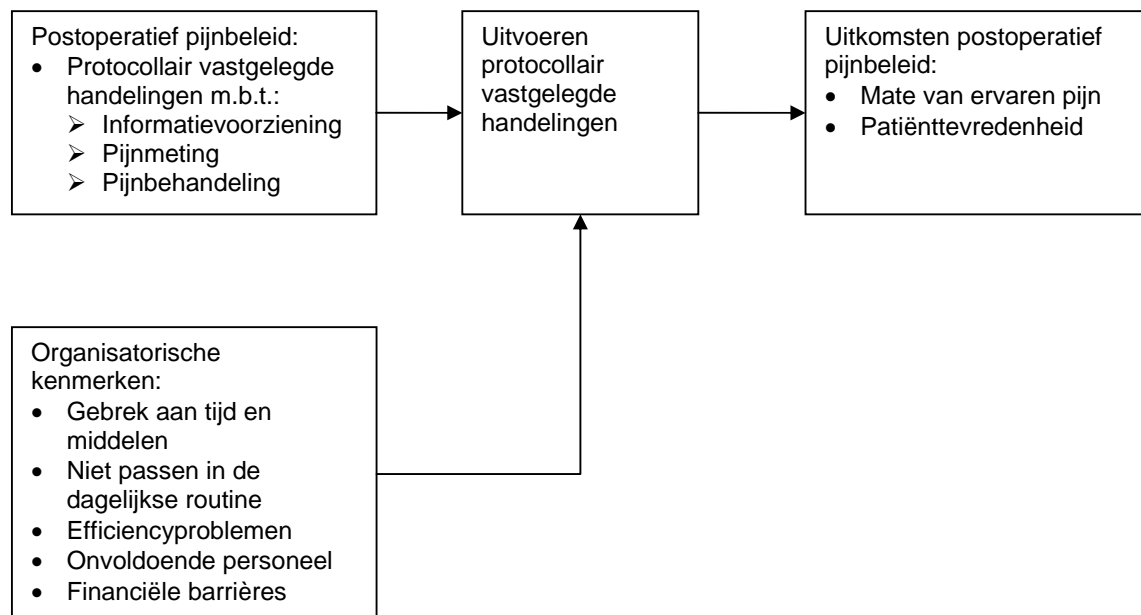
wordt en/of dermate rigide is dat geen enkele mogelijkheid tot titratie van de medicatie bij de individuele patiënt aanwezig is". Het niet of niet consequent volgen van het schema kan veroorzaakt worden door organisatorische kenmerken. De NVA (2003) doet hier echter geen uitspraken over.

Naast preventieve toediening van medicatie is handelen naar aanleiding van te hoge pijnscores een belangrijk moment waarop medicatie toegediend moet worden. Een standaard bij gebruik van de VAS is bijvoorbeeld dat een pijnscore van vier of hoger niet acceptabel is. Dit suggereert dat er op zo'n moment aanvullende actie met betrekking tot pijnbehandeling ondernomen moet worden. Er bestaan echter geen standaarden over binnen hoeveel tijd dit moet gebeuren.

2.7 Conceptueel model

In voorgaande paragrafen wordt beschreven dat er mogelijk relaties bestaan tussen verschillende aspecten van het postoperatieve pijnbeleid en organisatorische kenmerken. Wanneer er sprake is van een relatie betekent dit dat organisatorische kenmerken bepalend kunnen zijn voor de uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid. Hieronder worden deze mogelijke relaties schematisch weergegeven.

Figuur 1: Conceptueel model



Uit het schematische overzicht blijkt dat het postoperatieve pijnbeleid vorm krijgt middels het protocol. Dit protocol bestaat uit verschillende handelingen zoals informatievoorziening, pijnmeting en pijnbehandeling. Het protocol schrijft voor hoe deze handelingen idealiter uitgevoerd moeten worden met als doel een optimale pijnbestrijding. In hoeverre optimale

pijnbestrijding is bereikt kan men onder andere vaststellen aan de hand van uitkomstmaten als patiënttevredenheid en de mate van ervaren pijn.

De handelingen die beschreven worden in het protocol worden uitgevoerd door verschillende professionals. Deze uitvoering kan echter beïnvloed worden door verschillende organisatorische kenmerken. Hierdoor kan het voorkomen dat bepaalde handelingen niet (volledig) volgens protocol worden uitgevoerd. Verwacht wordt dat deze factoren dus indirect van invloed zijn op de uitkomsten van het pijnbeleid.

3. Methoden van onderzoek

Het onderzoek naar de rol van organisatorische kenmerken bij de uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid heeft voornamelijk een beschrijvend karakter. Zowel theoretisch als praktisch is er weinig bekend over de invloed van organisatorische kenmerken op uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid. Dit onderzoek beoogt een beschrijving te geven van de huidige stand van zaken in de academische ziekenhuizen betreffende het pijnbeleid.

Daarnaast worden mogelijke verbanden tussen de uitvoering van het protocol en organisatorische kenmerken geëxploreerd. Op deze manier wordt de mogelijkheid gecreëerd om in de toekomst toetsend onderzoek naar het onderwerp uit te voeren.

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen en het bereiken van de doelstelling is gekozen voor het verzamelen van kwantitatieve gegevens bij patiënten en kwalitatieve gegevens bij professionals. Uit onderzoek van Idvall et al. (2005) blijkt namelijk dat professionals en patiënten het pijnbeleid verschillend beoordelen. Aangezien het protocol een belangrijke basis vormt voor het postoperatieve pijnbeleid zijn tevens protocollen van verschillende ziekenhuizen nader geanalyseerd.

In paragraaf 3.1 wordt per onderdeel van het onderzoek beschreven hoe de data verzameld is. Paragraaf 3.2 richt zich op de analyse van de verschillende onderdelen van het onderzoek. In paragraaf 3.3 ten slotte komt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek aan de orde.

3.1 Dataverzameling

3.1.1 Protocollen

Om inzicht te krijgen in de overeenkomsten en verschillen tussen protocollen van de verschillende academische ziekenhuizen zijn drie protocollen beoordeeld. Dit was van belang omdat protocollen de basis vormen voor het uit te voeren pijnbeleid. Zoals uit het conceptueel model blijkt werd verwacht dat organisatorische kenmerken van invloed kunnen zijn op de uitvoering van in het protocol vastgelegde handelingen. In eerste instantie was gekozen voor het protocol van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het Universitair Medisch Centrum Nijmegen (UMCN), omdat deze protocollen grote verschillen vertoonden. Er was echter geen mogelijkheid om de enquête uit te zetten onder de patiënten van het LUMC (zie paragraaf 3.1.3). Het Erasmus MC bood deze mogelijkheid wel. Ondanks dat het protocol van het Erasmus MC grote overeenkomsten vertoont met het protocol van het UMCN is er voor gekozen dit protocol aan de analyse toe te voegen. Hierdoor is het toch mogelijk om verschillen in pijnbeleid tussen ziekenhuizen te beschrijven. Door zowel het protocol te analyseren als professionals te interviewen en patiënten te enquêteren kunnen

mogelijke verbanden tussen organisatorische kenmerken en uitkomsten van het pijnbeleid inzichtelijk gemaakt worden.

Bij de analyse van de protocollen is gebruik gemaakt van de eerder beschreven indicatoren van Idvall et al. (2002). Het betreft de volgende indicatoren:

- De pijn die de patiënt ervaart moet regelmatig beoordeeld worden met behulp van een pijn beoordelingsinstrument, bijvoorbeeld de VAS (Visual Analogue Scale). Met regelmatig wordt bedoeld minimaal drie keer per dag ('s ochtends, 's middags en 's avonds);
- Pijnmedicatie moet preventief toegediend worden;
- De pijn van de patiënt moet beoordeeld worden in relatie tot beweging, bijvoorbeeld bij diep ademen of het bewegen van de benen;
- De patiënt moet pré-operatief informatie ontvangen over de pijnbehandeling;
- Individuele doelen voor pijnbehandeling moeten in overleg met de patiënt worden vastgesteld;
- De verpleegkundige moet actie ondernemen op de pijn totdat een voor de patiënt aanvaardbaar pijnniveau is bereikt;
- Er moet regelgeving zijn met betrekking tot het documenteren van pijnbeoordeling en pijnbehandeling;
- Er moet één specifieke verpleegkundige zijn die verantwoordelijk is voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt, bijvoorbeeld een EVV (Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige);
- Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot pijn.

3.1.2 Interviews

Middels face-to-face interviews met professionals uit verschillende disciplines is een beeld verkregen van hun ervaringen met het postoperatieve pijnbeleid. Deze professionals waren werkzaam in het Erasmus MC of het UMCN. Er is voor deze ziekenhuizen gekozen, omdat in deze ziekenhuizen ook de enquête is uitgezet. Zoals eerder besproken was het op deze manier mogelijk de samenhang tussen de verschillende onderdelen van dit onderzoek te beoordelen. In totaal zijn zeven professionals, die veel te maken hebben met patiënten die postoperatieve pijn ervaren, geïnterviewd. Het betrof twee anesthesiologen, twee verpleegkundige pijnconsulenten, twee afdelingsverpleegkundigen en een regieverpleegkundige (zie bijlage 2). Er is gekozen voor verschillende disciplines, omdat elke discipline andere verantwoordelijkheden heeft met betrekking tot het postoperatieve pijnbeleid. Dit leverde een breder perspectief op het onderwerp op.

Tijdens de semi-gestructureerde interviews van ongeveer een half uur zijn zowel de inhoud van het protocol als de invloed van organisatorische kenmerken op de uitvoering van het protocol aan de orde gekomen. De semi-gestructureerde interviews maakten het mogelijk het gesprek enigszins te sturen aan de hand van het theoretisch kader, maar boden tevens voor de respondent de mogelijkheid om zelf relevante zaken naar voren te brengen (Bowling 2002). Het theoretisch kader heeft de basis gevormd voor de topiclijst (zie bijlage 3) die tijdens de interviews is gehanteerd. Allereerst is in de interviews gevraagd naar de inhoud van het protocol met betrekking tot verschillende belangrijk gebleken onderwerpen, zoals informatievoorziening, pijnmeting en de toediening van pijnmedicatie. Op deze manier kon achteraf vergeleken worden of dit overeenkomt met de daadwerkelijke inhoud van het protocol. Vervolgens is per onderwerp gevraagd of de door de respondent beschreven protocollair vastgelegde handelingen ook daadwerkelijk uitvoerbaar zijn in de praktijk én welke (organisatorische) factoren hierop van invloed zijn. Hierbij zijn onder andere gebrek aan tijd en middelen, niet passen van de handelingen in de dagelijkse routine, vertragingen door het wachten op bijvoorbeeld uitslagen en consultatie (efficiency problemen), onvoldoende personeel en financiële barrières aan de orde gekomen.

3.1.3 Enquête

Om zicht te krijgen op ervaringen van patiënten met het postoperatieve pijnbeleid zijn in het kwantitatieve deel van dit onderzoek drie aanvullende vragen voorgelegd aan patiënten (zie bijlage 4). Voor het maken van de vragenlijst is gebruik gemaakt van gevalideerde vragen uit een onderzoek van Jamison et al. (1997). Ook deze vragen richten zich op de onderwerpen informatievoorziening, pijnmeting en de toediening van pijnmedicatie. Daarnaast is gebruik gemaakt van verschillende vragen uit de vragenlijst die in het kader van het Benchmark onderzoek naar patiënttevredenheid is uitgezet (zie bijlage 5). Deze vragen gaan over de mate waarin patiënten pijn hebben gehad op de plek van de operatie, in welke mate aandacht is besteed aan pijnklachten en de mate waarin patiënten bang zijn geweest om pijn te hebben.

De vragenlijsten zijn uitgezet onder de patiënten van het Erasmus MC en het UMCN. Er is voor deze twee ziekenhuizen gekozen, omdat alleen bij deze ziekenhuizen nog de mogelijkheid bestond aan te sluiten bij het patiënttevredenheidsonderzoek dat in opdracht van het Benchmark project is uitgevoerd.

Onderzoekspopulatie

In totaal werden 460 enquêtes uitgezet in het Erasmus MC te Rotterdam en het UMCN te Nijmegen. In het Erasmus MC zijn de enquêtes verdeeld over de klinische patiënten en dagbehandelingspatiënten van de volgende afdelingen: algemene heelkunde, gynaecologie,

KNO, urologie, de oncologische patiënten van de Daniël de Hoed Kliniek en de dagbehandeling. De beoogde verdeling tussen de afdelingen is aangegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 2: Verdeling uitgezette enquêtes Erasmus MC per afdeling

totaal	algemene heelkunde	gynaecologie	KNO	urologie	Daniël de Hoed	Dagbehandeling
360	100	30	30	40	60	100

In het UMCN werd de enquête uitgezet onder 100 klinische patiënten¹. De verdeling heeft plaatsgevonden over de specialismen algemene heelkunde, orthopedie, neurochirurgie en KNO. In tegenstelling tot het Erasmus MC is hier gekozen voor vier afdelingen in plaats van zes, omdat van twee afdelingen niet tijdig medewerking kon worden verkregen. Een evenredige verdeling over de specialismen heeft geleid tot het uitzetten van 25 enquêtes per specialisme.

In verband met de beschikbare tijd is er voor gekozen op een bepaald punt van de enquête te stoppen met de dataverzameling voor het onderzoek naar het postoperatieve pijnbeleid. Aangezien de vragenlijst chronologisch in de tijd is uitgezet, is er geen reden te veronderstellen dat de patiënten die gedurende het eerste deel van de inclusieperiode een vragenlijst ontvangen hebben zullen afwijken van de patiënten die later (in het tweede deel van de inclusieperiode) benaderd zijn. Het aantal ingevulde vragenlijsten was op het moment dat gestopt werd met de dataverzameling 111. Omdat onduidelijk was hoeveel enquêtes op dat moment daadwerkelijk uitgereikt waren aan patiënten was de uiteindelijke respons niet precies vast te stellen. Op basis van voorlopige berekeningen wordt de uiteindelijke respons van het patiënttevredenheidsonderzoek geschat tussen de 60% en 80%. Aangenomen mag worden dat op het moment van stoppen met de dataverzameling ten behoeve van het onderzoek naar het postoperatieve pijnbeleid de respons zich ook tussen deze marges bevond. Tabel 3 laat de verdeling van het aantal ingevulde enquêtes per ziekenhuis zien, uitgesplitst naar afdeling. Vier patiënten hebben geen afdeling ingevuld (missing values). De vragenlijsten van deze patiënten zijn wel meegenomen in de analyse, omdat het in ieder

¹In het UMCN is er voor gekozen de enquête alleen uit te zetten bij patiënten die komen voor een klinische behandeling. Dit omdat er onder patiënten van de dagbehandeling reeds een onderzoek naar tevredenheid loopt. Voor dit onderzoek is het uitsluiten van dagbehandelingspatiënten geen bezwaar. Klinische patiënten ondergaan vaak zwaardere ingrepen waardoor zij postoperatief vaak meer pijn ervaren. Daarnaast verblijven zij meerdere dagen waardoor zij waarschijnlijk beter inzicht kunnen geven in de in dit onderzoek onderzochte aspecten, zoals pijnmeting.

geval patiënten betreft die een operatie hebben ondergaan. Zij zijn dan ook in staat vragen met betrekking tot het postoperatieve pijnbeleid te beantwoorden.

Tabel 3: Verdeling aantal ontvangen enquêtes per UMC uitgesplitst per afdeling

		Soort specialisme							totaal
		algemene Heelkunde	orthopedie	neuro chirurgie	gynaecologie	KNO	urologie	anders	
Naam UMC	Erasmus	14 (13,1%)	6 (5,6%)	1 (0,9%)	11 (10,3%)	9 (8,4%)	32 (29,9%)	11 (10,3%)	84 (78,5%)
	UMCN	5 (4,7%)	7 (6,5%)	4 (3,8%)	0 (0%)	3 (2,8%)	0 (0%)	4 (3,7%)	23 (21,5%)
totaal		19 (17,8%)	13 (12,1%)	5 (4,7%)	11 (10,3%)	12 (11,2%)	32 (29,9%)	15 (14,0%)	107 (100,0%)

Van de respondenten is 53,2% man en 46,8% vrouw. De gemiddelde leeftijd is 45,7 jaar, maar deze kent een grote spreiding (SD = 16,2). De meeste respondenten (89,7%) hebben de Nederlandse nationaliteit. Daarnaast heeft een klein deel de Turkse (0,9%), de Arubaanse (0,9%), de Surinaamse (0,9%) of een andere nationaliteit (7,5%). Het grootste deel van de respondenten heeft een middelbare (beroeps)opleiding (mulo/mavo/mbo/vmbo) afgerond (31,4%). Ook hebben veel respondenten een lagere (beroep)sopleiding (23,8%) of een HBO opleiding (23,9%) afgerond. Een minderheid van de respondenten heeft geen opleiding (6,7%), de havo/mms/hbs (5,7%), het gymnasium/vwo (1,9%) of een universitaire opleiding (8,6%) afgerond.

Onderzoekscriteria

Doordat aangesloten is bij het patiënttevredenheidsonderzoek van het Benchmark project zijn de volgende criteria voor deelname aan het onderzoek gehanteerd (NFU 2005b):

Inclusiecriteria

- leeftijd \geq 18 jaar
- beheersing van de Nederlandse taal
- geplande operatie
- dagopname of klinische opname
- opgenomen voor een operatie op één van de volgende afdelingen: algemene heelkunde, orthopedie, gynaecologie, neurochirurgie, KNO of urologie
- mondeling informed consent
- in staat zijn om uiterlijk op de tweede dag na de operatie een vragenlijst in te vullen

Exclusiecriteria

- geen beheersing van de Nederlandse taal
- acute operatie
- patiënten waarvoor het onderzoek om lichamelijke en/of psychische redenen te belastend is
- gebruik van sederende medicatie postoperatief
- postoperatief een Intensive Care indicatie

Procedure

Op de dag van opname is aan de patiënten van het Erasmus MC en het UMCN gevraagd of zij deel wilden nemen aan het onderzoek. Hierbij is gebruik gemaakt van een patiënten informatieformulier (zie bijlage 6).

Na mondelinge toestemming en controle van de in- en exclusiecriteria konden de patiënten aan het onderzoek deelnemen. Uiterlijk twee dagen postoperatief ontvingen deze patiënten op de verpleegafdeling een vragenlijst. De ingevulde vragenlijst konden de patiënten vervolgens in een gesloten envelop inleveren bij een verpleegkundige (NFU 2005b).

3.2 Analyse

3.2.1 Protocollen

Gezien het feit dat er geen gevalideerd beoordelingsinstrument beschikbaar was voor de analyse van de protocollen is hiervoor gebruik gemaakt van de kwaliteitsindicatoren van Idvall et al. (2002). Er is per indicator beoordeeld in hoeverre deze behandeld worden in de verschillende protocollen. Op deze manier is inzicht verkregen in overeenkomsten en verschillen tussen de gebruikte protocollen in verschillende ziekenhuizen. Daarnaast is aangegeven wat mogelijke gevolgen kunnen zijn wanneer bepaalde indicatoren niet (voldoende) werden beschreven in de protocollen.

3.2.2 Interviews

De analyse van de interviews begon met het coderen van het verzamelde materiaal. Bij het coderen van de data werd gebruik gemaakt van de acht stappen die Tesch (1990) benoemd (vrij vertaald uit Creswell 2003:192). Aan de hand van het theoretisch kader en het conceptueel model is een lijst met 'topics' opgesteld en deze 'topics' hebben een code gekregen. Deze codes zijn geplaatst bij bijbehorende delen tekst van alle interviews. Daarna is deze informatie samengevoegd in categorieën. Door het coderen van de data en scheiden van de data in categorieën werd het mogelijk onderlinge verbanden te zien en de

hoofdzaken van de bijzaken te onderscheiden. Hierdoor werd het mogelijk om de betekenis van de data te interpreteren en analyseren (Creswell 2003).

3.2.3 Enquête

Om de data uit de patiënten-enquêtes te analyseren is gebruik gemaakt van verschillende statistische procedures. Allereerst is gebruik gemaakt van frequentieverdelingen om inzicht te krijgen in de frequentie van waarden van verschillende variabelen (De Vocht 2006:141). Met behulp van de Chi-kwadraat toets is nagegaan of er statistisch significante verbanden bestaan tussen verschillende variabelen (De Vocht 2006:169). Hierbij is een betrouwbaarheidsinterval van 95% aangehouden. Om te toetsen in hoeverre er verschillen of overeenkomsten bestaan tussen het Erasmus MC en het UMCN met betrekking tot gemiddelden van variabelen is gebruik gemaakt van de t-toets.

3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

3.3.1 Algemeen

Het gebruik maken van meerdere informatiebronnen (triangulatie), zoals de enquête, interviews en de analyse van de protocollen heeft bijgedragen aan het waarborgen van de validiteit. Door triangulatie toe te passen vermindert volgens Segers & Hutjes (1999): 'de kans op systematische vertekening van de verkregen informatie ten gevolge van de gehanteerde techniek, van de gekozen invalshoek en van subjectieve waarneming van de onderzoeker'. Daarnaast is om de validiteit te verhogen het onderzoek in verschillende fasen beoordeeld door de docenten en studenten van de opleiding Gezondheidswetenschappen, de zogenaamde 'peer debriefing' (Creswell 2003). Dit draagt eveneens bij aan het verhogen van de betrouwbaarheid. Daarnaast is om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen een logboek bijgehouden (Segers & Hutjes 1999). Hierin werd beschreven welke stappen in het onderzoek gedaan zijn en tot welke keuzes dit geleid heeft.

3.3.2 Protocol

Omdat er geen gevalideerd beoordelingsinstrument beschikbaar was is er bij de analyse van de protocollen voor gekozen gebruik te maken van de gevalideerde indicatoren van Idvall et al. (2002) om de validiteit te waarborgen.

3.3.2 Interviews

De gevalideerde indicatoren van Idvall et al. (2002) hebben eveneens als basis gediend voor de topiclist. De topiclist is voorafgaand aan de interviews beoordeeld door een docent en studenten van de opleiding Gezondheidswetenschappen. Op deze manier is zowel de

betrouwbaarheid als validiteit verhoogd. Ook de uiteindelijke resultaten van de interviews zijn voorgelegd aan verschillende personen van de opleiding.

3.3.3 Enquête

Voor het maken van de vragenlijst is gebruik gemaakt van gevalideerde vragen uit een onderzoek van Jamison et al. (1997). Om de validiteit van dit deelonderzoek te waarborgen is er voor gekozen aan te sluiten bij de steekproef van het Benchmark project.

Hiernaast is het van belang aandacht te besteden aan de betrouwbaarheid van de steekproef. Over het algemeen geldt dat hoe groter de steekproef is, hoe betrouwbaarder de uitkomsten zullen zijn (Wijnne 2004). Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen is de vragenlijst uitgezet onder 400 patiënten.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de verschillende deelonderzoeken besproken en geanalyseerd. In paragraaf 4.1 worden eerst de protocollen van het LUMC, het Erasmus MC en het UMCN behandeld. In de tweede paragraaf komen de uitkomsten van de interviews aan bod die gehouden zijn met professionals van het UMCN en het Erasmus MC. De derde paragraaf bespreekt de uitkomsten van de patiëntenenquête. In de laatste paragraaf zullen de resultaten van de verschillende deelonderzoeken naast elkaar worden gelegd.

4.1 Protocollen

In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat alle drie de protocollen die in het kader van deze paragraaf bestudeerd zijn een ziekenhuisbreed karakter hebben. Dit is volgens de IGZ (2005b) van belang omdat er een duidelijke relatie is tussen de beschikbaarheid van een ziekenhuisbreed protocol postoperatieve pijnbehandeling en het verrichten van gestandaardiseerde pijnmeting.

In de volgende deelparagrafen wordt per indicator van Idvall et al. (2002) aangegeven of deze in de verschillende protocollen terugkomen. Daarbij wordt tevens gekeken of er verschillen zijn tussen de beschrijving van de betreffende indicator per protocol. Wanneer bepaalde indicatoren ontbreken of de beschrijvingen erg verschillen worden de mogelijke gevolgen hiervan beschreven. In alle protocollen wordt eveneens uitgebreid ingegaan op het gebruik van verschillende soorten medicatie. Gezien het karakter van dit onderzoek wordt hier niet nader op ingegaan.

4.1.1 De pijn die de patiënt ervaart moet regelmatig beoordeeld worden met behulp van een pijn beoordelingsinstrument, bijvoorbeeld de VAS (Visual Analogue Scale).

Alle drie de ziekenhuizen hebben afnemen van de pijnscore opgenomen in hun protocol. Het LUMC (2001) heeft er voor gekozen pijnmeting als een apart hoofdstuk op te nemen. In dit hoofdstuk wordt het belang van de pijnscore beschreven. Daarnaast wordt de manier van pijnmeting kort toegelicht. In dit hoofdstuk van het protocol wordt niet ingegaan op hoe vaak de pijn gemeten moet worden. In het hoofdstuk 'organisatie van de postoperatieve pijnstilling' van het protocol wordt wel kort ingegaan op de frequentie van de meting:

- Bij alle postoperatieve patiënten wordt standaard, zowel op de verkoeverkamer als op de verpleegafdeling, een pijn- en sedatiescore gecontroleerd;

- Dit gebeurt met de frequentie van de routine postoperatieve controles, gedurende de periode dat de pijnstilling is geregeld met een epidurale katheter, P.C.A en/of Symoron, maar tenminste tot 24 uur na de operatie (LUMC 2001:13).

Hoe vaak de routinematige postoperatieve controles uitgevoerd moeten worden, wordt in het postoperatieve pijnprotocol niet duidelijk. Het is ook niet duidelijk hoe vaak de pijnscore nog gemeten moet worden na de eerste 24 uur postoperatief of na verwijdering van het epidurale katheter, de P.C.A. en/ of het stoppen met Symoron². Het is van belang dit wel te vermelden, omdat stoppen met de behandeling middels een epiduraal katheter, een P.C.A. en/of symoron niet wil zeggen dat de patiënt volledig vrij van pijn is. Daarnaast is de pijn die de patiënt na 24 uur postoperatief ervaart niet per definitie acceptabel. Naast de frequentie van de pijnmeting wordt in dit hoofdstuk van het protocol eveneens kort aangegeven dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor het meten van de pijn. Wanneer hier geen duidelijke afspraken over zouden zijn is de kans dat de pijnmeting vergeten wordt of dat er dubbel gemeten wordt groter.

Het UMCN (2001) geeft geen duidelijkheid over de frequentie van de pijnmeting. Zij hebben echter voor een andere opbouw van het protocol gekozen. Naast een algemeen deel, waarin het belang van pijnmeting en het meetinstrument worden toegelicht, wordt vanaf de dag voor de operatie tot de tweede dag postoperatief aangegeven welke taken door welke professional moeten worden uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de verpleegkundige op deze dagen verantwoordelijk is voor de informatievoorziening over pijnmeting en de pijnmeting zelf. In het protocol wordt aangegeven dat de verpleegkundige op de afdeling “de werking en eventuele bijwerkingen van pijnstilling tijdens elke postoperatieve controle en minstens elke vier uur moet evalueren” (UMCN 2001:8). Of ten behoeve van deze evaluatie een pijnscore gevraagd moet worden staat niet beschreven. Zoals eerder aangehaald is ook de literatuur niet eenduidig over hoe vaak er gemeten zou moeten worden. Het is wel van belang dat ziekenhuizen hier over na denken en een keuze in maken. Hierdoor kan het eenduidig handelen, zowel ziekenhuisbreed als op afdelingsniveau, bevorderd worden. Tevens wordt er op deze manier over nagedacht wat men concreet wil bereiken met een pijnmeting. Wanneer men bijvoorbeeld het effect wil weten van de toegediende medicatie kan men er voor kiezen om te meten vóór toediening en op het moment dat de betreffende medicatie zijn maximale werking heeft bereikt.

Het protocol van het Erasmus MC (2006) geeft wel duidelijkheid over de frequentie van de pijnmeting. Zij hebben net als het hiervoor besproken ziekenhuis gekozen voor een

² Medicijn t.b.v. pijnstilling. Werkzame stof: methadonhydrochloride. Farmacotherapeutische groep: Analgetica (narcotica). Werking: Methadon is een synthetisch opiaat, en komt in zijn werking sterk overeen met morfine (geneesmiddelenrepertorium 2005).

algemeen deel en een beschrijving van de taken per discipline per dag. In het algemene deel staat: “Bij postoperatieve pijnbestrijding wordt de pijnscore regelmatig nagevraagd (...). De pijnscore dient gelijktijdig met andere postoperatieve controles (pols, tensie, wond) te worden afgenomen, maar tenminste tweemaal per verpleegkundige dienst (à 4 uur)” (Erasmus MC:7). Daarnaast wordt in de beschrijving per dag aangegeven dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor de deze pijnmeting. Niet aangegeven is tot welk moment de meting om de vier uur gedaan moet worden. Het is voorstelbaar dat wanneer een patiënt een bepaald aantal metingen een score van bijvoorbeeld 0 aangeeft de verpleegkundige het aantal pijnmetingen kan gaan afbouwen.

Pijnscore heeft tot doel een indicatie te geven van de mate van ervaren pijn, zodat pijnstilling geoptimaliseerd kan worden. Hiervoor is het van belang een definitie op te stellen van (on)acceptabele pijn. Dan pas wordt duidelijk vanaf welke pijnscore actie ondernomen moet worden. Het Erasmus MC en het UMCN hanteren in hun protocol ongeveer dezelfde definitie van acceptabele pijn. De pijn is acceptabel wanneer de pijnscore lager is dan vier en/of de patiënt zelf aangeeft dat de pijn voor hem/haar acceptabel is. Het LUMC heeft in haar protocol geen definitie van acceptabele pijn opgenomen. Hierdoor blijft onduidelijk vanaf welke pijnscore actie ondernomen moet worden.

Samenvattend kan men stellen dat er tussen de postoperatieve pijnprotocollen van de ziekenhuizen belangrijke verschillen bestaan met betrekking tot pijnmeting. De frequentie van de pijnmeting is niet altijd duidelijk en ook een definitie van het begrip “acceptabele pijn” ontbreekt in één geval. De verantwoordelijkheid van de pijnmeting wordt wel in alle gevallen duidelijk bij de verpleegkundigen gelegd. Ook de opbouw van de drie protocollen is verschillend. In de literatuur worden geen aanwijzingen gevonden voor de ideale opbouw. Het is echter voorstelbaar dat een protocol overzichtelijker is als het naast een algemene beschrijving een beschrijving van taken en verantwoordelijkheden per dag bevat.

4.1.2 Pijnmedicatie moet preventief toegediend worden.

De protocollen van het Erasmus MC (2006) en UMCN (2001) behandelen het preventief toedienen van pijnmedicatie. Beide protocollen geven aan dat de dag pré-operatief zondig gestart moet worden met pré-medicatie. In beide gevallen is de anesthesioloog verantwoordelijk voor het voorschrijven en verstrekken van informatie over de pré-medicatie. In het protocol van het LUMC (2001) wordt niet gesproken over het preventief toedienen van pijnmedicatie. In dit protocol staat: “na de operatie wordt de patiënt op de verkoeverkamer ingesteld op adequate pijnstilling”. Dit suggereert dat pijnmedicatie niet preventief wordt toegediend.

Men kan zich afvragen waarom pré-medicatie opgenomen moet worden in een protocol postoperatieve pijnbehandeling. Voor het bereiken van een maximaal pijnstillend effect is het

bij sommige geneesmiddelen van belang vóór het optreden van de pijn, dus in dit geval vóór de operatie, te starten met de toediening. Door het opbouwen van een adequate plasmaspiegel van het pijnstillende middel kan postoperatief een beter effect bereikt worden. Wanneer men op deze manier naar het preventief toedienen van medicatie kijkt verdient preventieve pijnbehandeling zeker een plaats in het postoperatieve pijnprotocol.

4.1.3 De pijn van de patiënt moet beoordeeld worden in relatie tot beweging, bijvoorbeeld bij diep ademhalen of het bewegen van de benen.

Alleen het protocol van het UMCN (2001) suggereert dat pijn in alle gevallen gemeten moet worden tijdens beweging. In dit protocol staat bij de definitie van acceptabele pijn dat het voor de patiënt mogelijk moet zijn om bij de door hem/haar aangegeven pijnscore door te ademen, op te hoesten en te bewegen. In het protocol van het Erasmus MC (2006) staat dat de recovery verpleegkundige “analgetica geeft zoals voorgeschreven door de anesthesioloog; dit gebeurt op basis van algemene observatie en pijnscore van de patiënt. Pijn in rust, bij bewegen, doorzuchten/hoesten en non-verbale expressie zijn hierbij van belang” (Erasmus MC 2006:7). In het protocol staat vervolgens beschreven dat wanneer de patiënt wordt overgeplaatst van de recovery naar de verpleegafdeling de verpleegkundige van de betreffende afdeling verantwoordelijk is voor het afnemen van de pijnscore. Hierbij wordt echter niet aangegeven dat zij eveneens moet meten tijdens beweging. In het protocol van het LUMC (2001) wordt niet gesproken over het meten van pijn bij beweging. Dit terwijl in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (2003) staat aangegeven dat uit onderzoek is gebleken “dat pijnmeting bij beweging of diepe inspiratie een duidelijkere maat is voor de effectiviteit van het gevoerde pijnbeleid dan pijnmeting in rust” (NVA 2003:25). Door niet (duidelijk) in het protocol op te nemen dat pijn altijd gemeten moet worden tijdens beweging of diepe ademhaling wordt het aan de deskundigheid en de ervaring van de individuele hulpverlener overgelaten hier bij stil te staan. Hierdoor bestaat de kans dat regelmatig niet tijdens beweging of diepe ademhaling gemeten wordt en de effectiviteit van de behandeling minder goed kan worden beoordeeld.

4.1.4 De patiënt moet pré-operatief informatie ontvangen over de pijnbehandeling.

In zowel het protocol van het Erasmus MC (2006) als het protocol van het UMCN (2001) komt pré-operatieve informatievoorziening naar voren. Per dag staat aangegeven welke hulpverlener bepaalde informatie moet geven. Hierbij komen onder andere het belang van (tijdige) pijnbestrijding, het toe te dienen medicijn en de methode van toediening en pijnmeting aan de orde. In het protocol van het LUMC (2001) wordt niet gesproken over pré-operatieve informatievoorziening. Navraag hierover bij het betreffende ziekenhuis leert dat dit ook nergens anders is vastgelegd.

Dat pré-operatieve informatie voorziening niet opgenomen is in het protocol wil niet zeggen dat er pré-operatief geen informatie verstrekt wordt. Alleen de kans op onduidelijkheid in de taakverdeling met betrekking tot informatievoorziening wordt groter. Professionals moeten zelf afstemmen of inschatten welke informatie wel en niet gegeven is. Hierdoor bestaat de kans op diversiteit in het handelen van de hulpverleners. Dit kan bijdragen aan de problemen als het niet en/of meerdere malen geven van bepaalde informatie.

4.1.5 Individuele doelen voor pijnbehandeling moeten in overleg met de patiënt worden vastgesteld.

In geen van de protocollen wordt letterlijk aangegeven dat er individuele doelen voor de pijnbehandeling afgesproken worden met de patiënt. Uit de protocollen van het Erasmus MC (2006) en het UMCN (2001) blijkt echter wel dat het acceptabele pijnniveau in overleg met de patiënt bepaald moet worden. In het protocol van het Erasmus MC (2006:8) staat bijvoorbeeld: "bij het afnemen van de pijnscore moet ook altijd aan de patiënt gevraagd worden of de pijn voor hem acceptabel is, scores zijn immers zeer relatief". In het protocol van het UMCN (2001) is in de definitie van acceptabele pijn opgenomen dat pijn alleen acceptabel is wanneer de patiënt dit zelf aangeeft. Hieruit kan worden afgeleid dat in deze twee ziekenhuizen het acceptabele niveau van pijn met elke individuele patiënt bepaald moet worden en niet standaard uitgegaan kan worden van een pijnscore van bijvoorbeeld gelijk aan of groter dan vier.

Het protocol van het LUMC (2001) geeft minder duidelijk aan dat individueel bepaald moet worden of de pijn dragelijk is. In het algemene deel wordt wel aangegeven dat er grote intra- en interindividuele variabiliteit in pijnbeleving bestaat. Het kan dus gebeuren dat er bij eenzelfde operatie bij twee verschillende patiënten een groot verschil in pijnstillingsbehoefte bestaat. Ook wanneer één patiënt twee keer vergelijkbare operatie ondergaat kan de pijnstillingsbehoefte per keer verschillen (LUMC 2001:3). Hiermee wordt gesuggereerd dat er dus per keer met de individuele patiënt bepaald moet worden of de pijn voor hem/haar acceptabel is. Dit moeten hulpverleners echter tussen de regels door lezen. Wanneer men echter alleen van de pijnscore uitgaat kan het gebeuren dat er te vroeg of te laat op een bepaald niveau van pijn gereageerd wordt. Een patiënt kan bijvoorbeeld een pijnscore van vijf aangeven, maar dit zelf nog acceptabel vinden. Andersom kan een patiënt ook een pijnscore van drie geven, terwijl hij/zij dit niet acceptabel vindt. Het lijkt dus verstandig in het protocol expliciet te vermelden dat een acceptabel pijnniveau in overleg met elke individuele patiënt moet worden vastgesteld.

4.1.6 De verpleegkundige moet actie ondernemen op de pijn totdat een voor de patiënt aanvaardbaar pijnniveau is bereikt.

Het protocol van het Erasmus MC (2006) en het protocol van het UMCN (2001) schrijven voor dat verpleegkundigen de afdelingsarts moeten waarschuwen bij hoge pijnscores, niet acceptabele pijn, veranderingen in de aard van de pijn en indien pijnmedicatie volgens protocol onvoldoende effect heeft. In het protocol van het LUMC (2001) wordt hier geen aandacht aan besteed. Het blijft in dit protocol niet alleen onduidelijk wanneer de verpleegkundige actie moet ondernemen, maar ook dat hij/zij degene is die actie moet ondernemen. Hierdoor bestaat de kans dat er niet (tijdig) actie ondernomen wordt en er diversiteit in het handelen ontstaat.

4.1.7 Er moet regelgeving zijn met betrekking tot het documenteren van pijnbeoordeling en pijnbehandeling.

Alle protocollen geven aan waar de resultaten van de pijnmeting gedocumenteerd moet worden. Eveneens komt in elk protocol regelgeving met betrekking tot het documenteren van pijnbehandeling naar voren. Eenduidige registratie is van belang, omdat alleen op die manier alle beschikbare informatie meegenomen kan worden in het beoordelen van de pijnbehandeling. Wanneer er bijvoorbeeld geen (eenduidige) registratie van pijnklachten plaatsvindt kan het onduidelijk blijven of een patiënt pijn heeft en hoe de pijnklachten variëren in de tijd. Wanneer deze informatie ontbreekt is het moeilijk hem/haar goed te behandelen voor de pijn (Donovan 1985, in Integraal Kankercentrum Amsterdam 1998; American Pain Society Quality of Care Committee 1995, in Integraal Kankercentrum Amsterdam 1998).

4.1.8 Er moet één specifieke verpleegkundige zijn die verantwoordelijk is voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt, bijvoorbeeld een EVV (Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige).

In geen van de protocollen wordt aangehaald dat een specifieke verpleegkundige verantwoordelijk is voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt. Men kan zich afvragen of dit strikt genomen noodzakelijk is. Dit omdat de behandeld arts altijd eindverantwoordelijk is voor de (pijn)behandeling van zijn/haar patiënten. Daarnaast is het moeilijk om in de praktijk van het ziekenhuis te werken met een EVV systeem. Verpleegkundigen werken onregelmatige diensten waardoor het moeilijk is hen voor enkele dagen te koppelen aan een patiënt. Het is echter wel voorstelbaar dat het, om passende zorg te kunnen leveren, van belang is dat taken en verantwoordelijkheden van verschillende hulpverleners met betrekking tot pijn(behandeling) duidelijk zijn. Hier wordt in de protocollen van het Erasmus MC (2006) en het UMCN (2001) ruimschoots aandacht aan geschonken.

Per dag staat aangegeven welke discipline waarvoor verantwoordelijk is. In het protocol van het LUMC (2001) wordt alleen kort en in een apart hoofdstuk van het protocol aandacht besteed aan taken en verantwoordelijkheden van verschillende professionals.

4.1.9 Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot pijn.

Het is niet alleen van belang dat taken en verantwoordelijkheden per discipline beschreven staan, maar dat verantwoordelijkheden door de verschillende disciplines ook als zodanig erkend worden. Hiervoor is het multidisciplinair opzetten van het protocol van belang. Taken en verantwoordelijkheden worden op deze manier niet van bovenaf opgelegd, maar in onderling overleg tussen de disciplines vastgesteld. In het protocol van het Erasmus MC (2006) en het protocol van het UMCN (2001) wordt duidelijk dat het protocol opgezet is in samenwerking tussen verschillende disciplines (artsen en verpleegkundigen). Of dit bij het LUMC (2001) ook het geval is, is onduidelijk. Wel blijkt uit alle drie de protocollen dat pijn behandeld wordt als multidisciplinair probleem. Verschillende disciplines en hun taken worden aangehaald in de protocollen.

4.1.10 Beschouwing

Uit het voorgaande blijkt dat de postoperatieve pijnprotocollen die op dit moment gebruikt worden in de Universitair Medische Centra (UMC) nog verbeterd kunnen worden. Een protocol vormt, zoals eerder besproken, de basis voor het postoperatieve pijnbeleid. Wanneer het aan de basis ontbreekt aan duidelijke en volledige richtlijnen is de kans groot dat de uiteindelijke doelen van het pijnbeleid niet behaald worden.

In de tabel op de volgende pagina wordt per UMC en per indicator aangegeven in welke mate de inhoud van het protocol voldoet. Hierbij wordt onderscheidt gemaakt in volledig (+), gedeeltelijk (\pm) en niet (-). In de laatste kolom worden eventueel belangrijke bevindingen samengevat onder de noemer aandachtspunten.

Tabel 4: Overzicht mate van uitwerking indicatoren per protocol

Indicator	Erasmus MC	LUMC	UMCN	Aandachtspunten
De pijn die de patiënt ervaart moet regelmatig beoordeeld worden met behulp van een pijn beoordelingsinstrument	+	±	±	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentie van pijnmeting expliciet vermelden; • Definitie acceptabele pijn opnemen.
Pijnmedicatie moet preventief toegediend worden.	+	-	+	<ul style="list-style-type: none"> • Vermelden dat medicatie preventief wordt toegediend en verantwoordelijkheden beschrijven.
De pijn van de patiënt moet beoordeeld worden in relatie tot beweging	±	-	±	<ul style="list-style-type: none"> • Expliciet vermelden dat pijnmeting (ook) altijd tijdens beweging moet plaatsvinden.
De patiënt moet pré-operatief informatie ontvangen over de pijnbehandeling.	+	-	+	<ul style="list-style-type: none"> • Per discipline aangeven op welke moment bepaalde informatie gegeven moet worden.
Individuele doelen voor pijnbehandeling moeten in overleg met de patiënt worden vastgesteld.	+	±	+	<ul style="list-style-type: none"> • Expliciet vermelden dat pijn alleen acceptabel is als de patiënt dit zelf aangeeft.
De verpleegkundige moet actie ondernemen op de pijn totdat een voor de patiënt aanvaardbaar pijnniveau is bereikt.	+	-	+	<ul style="list-style-type: none"> • Duidelijk vermelden wanneer de verpleegkundigen bepaalde acties moeten ondernemen.
Er moet regelgeving zijn met betrekking tot het documenteren van pijnbeoordeling en pijnbehandeling.	+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> • Vermelden waar en door wie resultaten van meting en behandeling gedocumenteerd moeten worden.
Er moet één specifieke verpleegkundige zijn die verantwoordelijk is voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt.	+	±	+	<ul style="list-style-type: none"> • Eén specifieke verpleegkundige aanwijzen die verantwoordelijk voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt is niet haalbaar in de ziekenhuispraktijk. Van belang is wel dat taken en verantwoordelijkheden per discipline en bij voorkeur per dag beschreven staan.
Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot pijn.	+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> • Het protocol moet multidisciplinair opgesteld worden i.v.m. het creëren van draagvlak. • In het protocol moet duidelijk worden dat meerdere disciplines taken en verantwoordelijkheden hebben m.b.t. pijn(behandeling).

4.2 Interviews

De interviews hadden tot doel meer inzicht te krijgen in de mate waarin de inhoud van het protocol bekend is bij medewerkers en of de handelingen opgenomen in het protocol ook daadwerkelijk op de voorgeschreven wijze worden uitgevoerd. Wanneer respondenten aangaven dat dit niet het geval was is aan hen gevraagd welke oorzaken hier volgens hen aan ten grondslag lagen. Pré-operatieve informatievoorziening, pijnmeting en de toediening van medicatie waren hierbij de speerpunten. Per speerpunt wordt beschreven welke problemen zich volgens de respondenten voordoen bij de uitvoering van het protocol in de praktijk. Daarnaast worden de mogelijke oorzaken die respondenten hiervoor aangeven benoemd.

4.2.1 Pré-operatieve informatievoorziening

Het belang van (pré-operatieve) informatievoorziening wordt door alle respondenten erkend. Hier worden door de geïnterviewden verschillende redenen voor gegeven. Ten eerste is het van belang de patiënt vóór de operatie te informeren, omdat hij dan nog niet onder invloed is van de narcose (anesthesioloog A). Daarnaast geven respondenten aan dat uit onderzoek is gebleken dat geïnformeerde patiënten minder last hebben van angst en pijn na de operatie (anesthesioloog B). Tevens zijn hulpverleners door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) verplicht de patiënt onder andere te informeren over het doel van de behandeling en mogelijke gevolgen en risico's daarvan (pijnconsulent A; Legemaate 2004). Om deze redenen vinden alle respondenten dat (pré-operatieve) informatievoorziening een plaats moet hebben in het protocol. Eén van de respondenten verwoordt het belang van het opnemen van handelingen in een protocol als volgt:

“Wanneer je afwijkt van protocollaire handelingen moet je documenteren waarom je afwijkt. Daarom maak je protocollen. Op het moment dat er een protocol is, is dat een richtlijn en die moet je volgen. Wanneer je afwijkt ben je verplicht te registreren waarom je iets niet doet. Daarnaast is een voordeel dat wanneer je iets in een protocol vastlegt je dingen standaardiseert. Vandaar ook dat we het hebben opgenomen. Het is niet meer vrijblijvend, het hoort er gewoon bij. En dat is ook wat er moet gebeuren. Postoperatieve pijnbestrijding moet niet als vrijblijvend worden gezien, het is noodzaak, het moet (pijnconsulent A).”

De informatie die aan de patiënten gegeven moet worden heeft volgens de respondenten betrekking op het belang van een goede pijnbehandeling, het gebruikte medicijn, de wijze van toediening en het doel en de wijze van pijnmeting. Tevens moeten vooroordelen, zoals

angst voor verslaving, worden weggenomen. De meeste respondenten geven aan dat de verschillende hulpverleners hun verantwoordelijkheden met betrekking tot het informeren van patiënten kennen en nemen. Het grootste deel van de geïnterviewden vermoedt dan ook dat informatie in de meeste gevallen gegeven wordt. Er zijn echter ook respondenten die hier sterkere twijfels bij hebben, zoals blijkt uit de volgende reactie:

“De anesthesiologen moeten aftekenen welke informatie zij aan de patiënt gegeven hebben. Als men aangeeft dat ze bepaalde informatie hebben gegeven ga je er vanuit dat dit is gebeurd. Qua verpleegkundige informatie kan ik dit moeilijk inschatten. Hier ontbreekt het controlemechanisme. Hoe controleer je of de verpleegkundige dit daadwerkelijk doet (anesthesioloog B)?”

Hoewel in de meeste gevallen wel informatie gegeven wordt is deze volgens respondenten niet altijd volledig. De informatie omtrent pijnmeting op de verpleegafdeling heeft bijvoorbeeld voornamelijk betrekking op de uitleg van de meting. Het belang en de achtergrond van de pijnmeting worden vaak niet verteld (verpleegkundige A). Een andere verpleegkundige geeft aan dat zij wel eens het idee krijgt dat patiënten bepaalde informatie die zij geeft voor het eerst horen. Onduidelijk is of patiënten de informatie niet eerder ontvangen hebben of dat ze het zich niet meer kunnen herinneren (verpleegkundige C).

Een andere tekortkoming is dat niet altijd de informatie ook schriftelijk aan de patiënt wordt meegegeven. Eén van de geïnterviewden (verpleegkundige C) geeft aan dat het geven van de informatiefolder nog wel eens vergeten wordt.

Oorzaken voor tekortkomingen met betrekking tot informatievoorziening

Belangrijke oorzaken voor het niet geven van informatie zijn volgens respondenten werkdruk en spoedgevallen (pijnconsulent B). Het feit dat de informatie niet volledig gegeven wordt, zoals het belang en achtergrond van de pijnmeting, ligt volgens respondenten aan het kennisniveau van de informatieverstrekker. Wanneer hulpverleners zelf niet op de hoogte zijn of het belang niet inzien van bepaalde informatie zullen zij deze informatie niet overdragen aan patiënten. Een reden voor het niet schriftelijk meegeven van informatie aan patiënten is volgens respondenten moeilijk aan te geven. Een oorzaak zou kunnen zijn dat verpleegkundigen vermoeden dat de patiënt de mondelinge informatie goed begrepen heeft en geen vragen meer heeft (verpleegkundige C).

4.2.2 Pijnmeting

Uit de interviews blijkt dat met betrekking tot het uitvoeren van de pijnmeting zich meer problemen voordoen. Slechts één van de respondenten (anesthesioloog A) geeft aan dat pijnmeting structureel niet met de benodigde regelmaat plaatsvindt. Deze respondent laat weten weinig begrip te hebben voor het feit dat pijnmeting niet regelmatig plaatsvindt. Het meten van de pijn vraagt slecht een kleine tijdsinvestering van de verpleegkundigen en kan samen met de andere controles, zoals pols, tensie en temperatuur uitgevoerd worden. De overige geïnterviewden geven aan dat pijnscores over het algemeen goed gevraagd worden. Hoewel de pijnmeting niet in alle gevallen met de juiste regelmaat wordt uitgevoerd hangen problemen met pijnmeting, volgens het grootste deel van de respondenten, voornamelijk samen met de registratie van de meting. Verpleegkundigen vragen wel voldoende naar de pijn, maar registreren dit niet altijd op de juiste manier. Met name het verwerken van de pijnmeting in een curve gebeurt te weinig, zoals blijkt uit de volgende reactie:

“Er wordt wel gevraagd naar de pijn, maar de curve wordt niet goed bijgehouden op de lijst. Je kunt het wel in de rapportage zetten, maar dan staat het niet op de lijst en kun je niet in één oogopslag het verloop zien. (...). Ik heb wel eens meegedaan aan een intern onderzoek naar pijnmeting. Toen ik de dossiers ging nakijken bleek uit de registratie dat wij nog geen 20% van de patiënten scoorden op pijn. Dat is natuurlijk heel erg op een chirurgische afdeling (verpleegkundige A).”

Ook uit de literatuur blijkt dat er veel problemen bestaan met betrekking tot de registratie van pijnklachten in het ziekenhuis. Volgens Francke (1996; in Integraal Kankercentrum Amsterdam 1998) is de registratie van pijnklachten in ziekenhuizen geen routine. Pijnklachten worden bijna nooit eenduidig geregistreerd. Hierdoor is het moeilijk het effect van de pijnbehandeling vast te stellen en indien nodig bij te stellen. Het is moeilijk een patiënt goed te behandelen voor pijn indien niet duidelijk is of deze pijn heeft en hoe de pijnklachten in de loop van de tijd variëren (Donovan 1985; in Integraal Kankercentrum Amsterdam 1998; American Pain Society Quality of Care Committee 1995; in Integraal Kankercentrum Amsterdam 1998).

Oorzaken voor tekortkomingen met betrekking tot pijnmeting

Wanneer pijnmeting niet met de benodigde regelmaat plaatsvindt, zijn hier volgens respondenten verschillende oorzaken voor te noemen. Vooral werkdruk wordt herhaaldelijk genoemd. Alle respondenten noemen dit als oorzaak voor het niet opvolgen van protocollaire handelingen. Een bijkomend nadeel van werkdruk is dat nieuwe medewerkers, flexwerkers en leerlingen soms niet goed ingewerkt kunnen worden. Hierdoor bestaat de kans dat zij niet

goed op de hoogte zijn van het protocol (verpleegkundige C). Daarnaast speelt de frequentie van de vitale controles als pols, tensie en temperatuur een rol bij de mate waarin pijn gemeten worden. Deze controles zijn vaak leidend voor de frequentie waarmee pijn gemeten wordt. Wanneer bij een patiënt maar één keer per dag de bloeddruk gemeten moet worden zie je vaak dat ook maar één keer per dag naar de pijn gevraagd wordt (verpleegkundige A; verpleegkundige B; verpleegkundige C). Door de frequentie van vitale controles leidend te laten zijn voor de mate waarin pijn gemeten wordt sluit de pijnmeting aan bij de dagelijkse routine. Ook de mate waarin verpleegkundigen het belang van pijnmeting beseffen is van invloed op de frequentie waarmee pijn gemeten worden. Verschillende geïnterviewden noemen kennis met betrekking tot het belang van een goede pijnbehandeling als voorwaarde voor het goed uitvoeren van het beleid (anesthesioloog A; anesthesioloog B; verpleegkundige A; Verpleegkundige C).

De reden die respondenten aangeven voor het niet (juist) registreren van de pijn zijn divers. Een eerste factor die door respondenten genoemd wordt betreft de plaats van de metingenlijst. Wanneer deze achter het bed van de patiënt hangt kan de uitkomst van de meting direct geregistreerd worden. Eén van de geïnterviewden geeft aan dat de dossiers zich centraal in de verpleegpost bevinden waardoor het curven van de meting gemakkelijker vergeten kan worden (verpleegkundige A). Een ander respondent (anesthesioloog B) geeft echter aan dat de metingen bij hen ook niet juist geregistreerd worden, terwijl de metingenlijst wel aan het bed van de patiënt hangt. In hoeverre de plaats van de metingenlijst de frequentie van de registratie beïnvloedt is dus onduidelijk. Daarnaast speelt de mate waarin de meting afwijkend is een rol. Wanneer een pijnscore hoog is zijn verpleegkundigen meer geneigd deze te registreren (verpleegkundige A; verpleegkundige C). Werkdruk en inzicht in het belang van juiste registratie spelen volgens respondenten ook een rol bij het wel of niet (correct) registreren.

Naast deze door respondenten genoemde oorzaken voor het niet (juist) uitvoeren van het beleid, blijkt uit de interviews dat de mate waarin mensen op de hoogte zijn van het protocol ook de oorzaak kunnen zijn voor het niet (correct) uitvoeren van het beleid. Twee respondenten geven aan dat bij een pijnscore van zes of hoger over het algemeen actie wordt ondernomen (verpleegkundige A; verpleegkundige C). Dit terwijl in het protocol staat dat een score van vier of hoger na uitsluiting van een complicatie behandeld moet worden. Deze twee geïnterviewden geven eveneens aan dat pijn hoofdzakelijk in rust gemeten wordt. Eén van de twee respondenten geeft hierbij aan dat de score in rust leidend is voor het wel of niet ondernemen van actie. Zij zegt hierover:

“Na de operatie zijn patiënten altijd in rust, want hebben ze bedrust. (...). Dus het meeste gebeurt liggend in bed. Maar we hebben ook mobiliserende patiënten. Vaak

zeggen mensen ook: “als ik zo rustig lig heb ik geen pijn, maar als ik beweeg heb ik wel meer pijn”. Mensen maken hier vaak zelf ook onderscheid in. We vragen niet echt hoe is het nu en hoe is het als u beweegt. (...). Het wordt er soms wel eens bijgeschreven, bijvoorbeeld 0 in rust en 6 bij mobiliseren. Als mensen in rust geen pijn hebben dan gaan we daar verder ook weinig actie op ondernemen. (...). Als mensen mobiliseren en ze hebben een hoge pijnscore dan wordt er wel iets mee gedaan, maar dat hoort ook wel een beetje bij het verloop. Als ze verder in rust geen pijn hebben dan wordt daar denk ik minder mee gedaan dan dat ze in rust al pijn hebben (verpleegkundige C).”

Het protocol van de instelling waar deze respondenten werkzaam zijn geeft ook niet expliciet aan dat pijnmeting tijdens beweging plaats moet vinden. Dit kan een reden zijn waarom niet duidelijk is dat pijnmeting in beweging een belangrijkere maatstaf is voor het gevoerde pijnbeleid.

4.2.3 Toediening van pijnmedicatie

Het toedienen van voorgeschreven pijnmedicatie vormt volgens respondenten geen probleem. In het ziekenhuis wordt op vaste tijden medicatie uitgedeeld en de pijnmedicatie kan over het algemeen tijdens deze rondes worden meegenomen. Problemen ontstaan volgens respondenten wanneer de effectiviteit van het afgesproken pijnbeleid onvoldoende is en een nieuw pijnbeleid afgesproken moet worden. Beide ziekenhuizen waar de interviews hebben plaatsgevonden beschikken over een acute pijnservice. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005b) verstaat onder een acute pijnservice een “dienstverlening waarbij een of meer medewerkers van het pijnteam met deskundigheid op het gebied van pijnbestrijding beschikbaar zijn voor consultatie, voorlichting en educatie”. De IGZ geeft niet duidelijk aan in welke mate deze acute pijnservice beschikbaar moet zijn om de gewenste kwaliteitsverbetering te bereiken. De ziekenhuizen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen beschikken beide over een acute pijnservice tijdens kantooruren. Volgens de verschillende geïnterviewden vinden tijdens deze uren zelden tot nooit problemen plaats wanneer consultatie nodig is (pijnconsulent A; verpleegkundige A) . Buiten deze uren ontstaan wel regelmatig problemen. Met name wanneer fysieke aanwezigheid van een anesthesioloog noodzakelijk is. De dienstdoende anesthesioloog staat vaak vast op de OK kan dan niet altijd tijdig op de betreffende verpleegafdeling aanwezig zijn. Eén van de respondenten geeft ook aan enkele keren per jaar hierover klachten te ontvangen van patiënten (anesthesioloog A). Wanneer de fysieke aanwezigheid van een anesthesioloog niet noodzakelijk is kan het voorkomen dat telefonisch bijvoorbeeld een medicatieopdracht

wordt gegeven die later afgetekend wordt. Deze mogelijkheid kan echter wel onzekerheid met zich meebrengen, zoals blijkt uit de volgende reactie van een geïnterviewde:

“Ze moeten wel langs komen, maar ter overbrugging wordt ook wel telefonisch opdracht gegeven. Voor ons is het natuurlijk ook minder prettig om mondeling te horen te krijgen welke medicatie we moeten geven. We doen het wel, omdat we weten dat de anesthesioloog vast staat, maar je hebt liever dat hij of zij langskomt en het uitwerkt. Maar je wilt een patiënt ook niet met pijn laten liggen, dus je doet het wel als je mondeling opdracht krijgt (verpleegkundige C).”

Het telefonische consult biedt verpleegkundigen de mogelijkheid om in meer gevallen binnen acceptabele kaders actie te ondernemen. Dit kan echter onzekerheid met zich mee brengen en telefonische consultatie lijkt dus niet de meest ideale oplossing. Vooral omdat angst om fouten te maken een reden kan zijn waarom medewerkers hun verantwoordelijkheden niet nemen (pijnconsulent A; anesthesioloog B). Er kan dus over gediscussieerd worden of telefonische consultatie en het geven van telefonische medicatieopdrachten wenselijk is en zo ja, in welke gevallen.

Oorzaken voor tekortkomingen met betrekking tot toediening van pijnmedicatie

Efficiency problemen zijn de oorzaak voor problemen met betrekking tot consultatie van anesthesiologen buiten kantooruren. Deze efficiency problemen worden indirect veroorzaakt door financiële barrières. Het 24 uur beschikbaar hebben van een anesthesioloog voor alleen pijnproblemen vraagt om een flinke financiële investering. Huidige oplossingen voor de efficiency problemen, zoals telefonische consultatie en telefonische medicatieopdrachten brengen echter hun eigen problemen met zich mee. Een andere beperking met betrekking tot het ondernemen van tijdige actie bij onacceptabele pijn bestaat er uit dat de tijd waarbinnen dit moet gebeuren in de protocollen van beide ziekenhuizen niet is gedefinieerd. Het is dus onduidelijk wat onder ‘tijdige actie’ verstaan moet worden. Respondenten geven zelf wisselende tijden aan waarbinnen zij vinden dat actie ondernomen moet worden. Wanneer hier geen standaarden voor bestaan is het onmogelijk te bepalen in hoeveel gevallen afgeweken wordt en of het gevoerde beleid toereikend is.

4.2.4 Beschouwing

Veel verschillende factoren lijken bij te dragen aan het (niet volledig) opvolgen van het protocol. In alle gevallen waar het protocol niet wordt opgevolgd kan werkdruk volgens de respondenten een rol spelen. Hetzelfde geldt voor de kennis die de hulpverleners hebben met betrekking tot pijn, pijnbehandeling en het protocol. Wanneer de kennis van

hulpverleners niet optimaal is bestaat tevens het gevaar dat zij het belang van bepaalde handelingen niet inzien. Het niet inzien van het belang van bepaalde handelingen is eveneens een veel genoemde oorzaak voor het niet opvolgen van een protocol. Daarnaast zien we het niet passen van de handeling in de dagelijkse routine terugkomen met betrekking tot problemen die spelen bij pijnmeting. Wanneer respondenten rechtstreeks gevraagd wordt of het protocol past in de dagelijkse routine antwoorden zij bevestigend. Dit kan veroorzaakt worden doordat medewerkers het protocol zelf aanpassen op de dagelijkse routine. De vitale controles zijn, zoals eerder aangegeven, vaak leidend voor de frequentie waarmee pijn gemeten wordt. Wanneer bij een patiënt maar één keer per dag de bloeddruk gemeten moet worden zie je vaak dat ook maar één keer per dag naar de pijn gevraagd wordt (verpleegkundige A; verpleegkundige B; verpleegkundige C). Op deze manier wordt het protocol niet uitgevoerd zoals het zou moeten, maar aangepast aan de dagelijkse routine. Ook efficiencyproblemen kunnen een rol spelen bij het (niet juist) opvolgen van het protocol. Bijvoorbeeld wanneer er actie ondernomen moet worden bij een patiënt met onacceptabele pijn. Bij afwezigheid van het acute pijnteam kan het voorkomen dat lang gewacht moet worden op fysieke consultatie van een anesthesioloog. Eén van de respondenten (pijnconsulent B) geeft aan dat zij er graag naar toe willen dat er ook buiten kantooruren een anesthesioloog aanwezig is die zich alleen bezig houdt met pijnproblemen. Bij het op deze manier uitbreiden van de acute pijnservice lijken financiële barrières een rol te spelen. Het continu beschikbaar hebben van een anesthesioloog voor alleen pijnproblemen vraagt immers een forse financiële investering.

4.3 Enquête

In deze paragraaf worden de resultaten uit de patiëntenenquête gepresenteerd. Hierbij zal beoordeeld worden of en zo ja in hoeverre er verschillen bestaan tussen antwoorden van patiënten van het UMCN en het Erasmus MC. Tot slot zal gekeken worden in hoeverre er samenhang bestaat tussen verschillende onderdelen van het postoperatieve pijnbeleid.

4.3.1 Ervaren pijn

Zoals eerder beschreven blijkt uit onderzoek uitgevoerd in de afgelopen dertig jaar, dat 75% van de postoperatieve patiënten matige tot ernstige pijn ervaart (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2003:9). In het huidige onderzoek is eveneens gevraagd aan patiënten van het Erasmus MC en UMCN in hoeverre zij pijn hebben gehad aan het geopereerde gebied. Het grootste deel van de patiënten die deze vraag heeft beantwoord geeft aan geen pijn (42,2%) of een beetje pijn (28,4%) te hebben gehad. De overige 29,4% geeft aan matige (17,6%), erge (8,9%) of heel erge (2,9%) pijn te hebben ervaren.

Uit deze gegevens blijkt dat patiënten van het Erasmus MC en het UMCN fors minder pijn rapporteren dan de patiënten uit de eerdere onderzoeken.

4.3.4 Pré-operatieve informatievoorziening

Op de vraag of de informatie die de patiënten voor de operatie ontvangen hadden bruikbaar was om hen voor te bereiden op de pijn na de operatie antwoordt een groot deel dat zij geen informatie ontvangen hebben. Het betreft bijna een derde van alle patiënten (32,3%). Dit betekent niet automatisch dat er pré-operatief geen informatie is verstrekt. Het zou er eveneens op kunnen duiden dat informatie wel gegeven is, maar niet op een dusdanige wijze dat patiënten deze onthouden hebben. Het niet of het op een onjuiste wijze geven van informatie kan, zoals eerder beschreven, verschillende nadelige gevolgen hebben. Uit onderzoek blijkt dat pré-operatieve informatie angst kan reduceren en op die manier bij draagt aan het verlagen van de ervaren pijn na de operatie (Sjöling et al. 2003). Wanneer dus geen informatie gegeven wordt aan patiënten of wanneer zij zich de informatie niet herinneren kan dit er voor zorgen dat zij angstiger zijn en daardoor meer pijn ervaren. In het huidige onderzoek komt eveneens naar voren dat patiënten die geen informatie hebben ontvangen meer angst hebben gehad om pijn te ervaren ($p < .05$). Daarnaast blijkt dat angst er voor zorgt dat patiënten na de operatie daadwerkelijk meer pijn ervaren ($p < .01$).

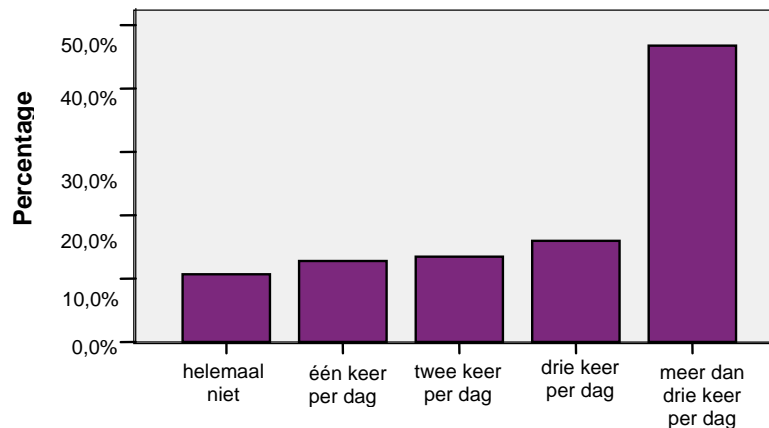
Wanneer patiënten aangeven wel informatie te hebben gekregen geeft het grootste deel (63,1%) aan het noch eens, noch oneens te zijn met de stelling dat de informatie hen voorbereid heeft op de pijn na de operatie. Ruim 27% van de patiënten is het eens met deze stelling. Slechts 9,2% van de patiënten geeft aan dat zij het oneens of helemaal oneens zijn met de stelling. De mate waarin ontvangen informatie patiënten voorbereid heeft op de pijn na de operatie heeft eveneens invloed op de mate waarin zij angst hebben ervaren. Hoe beter de informatie patiënten voorbereid heeft op de pijn na de operatie, hoe minder angstig zij waren ($r = .26, p < .01$). De mate waarin de ontvangen informatie patiënten voorbereid heeft op de mate van ervaren pijn na de operatie zal dus mede de mate van ervaren postoperatieve pijn bepalen.

Er bestaat geen significant verschil tussen het Erasmus MC en het UMCN in de mate waarin wel of geen informatie is verstrekt aan patiënten (t -waarde 1,6, $p = ns$). Of de informatie hen heeft voorbereid op de pijn na de operatie verschilt ook niet significant tussen de ziekenhuizen (t -waarde 1,1, $p = ns$). Het feit dat de protocollen van het Erasmus MC en het UMCN geen grote verschillen vertonen met betrekking tot de behandeling van het onderwerp pré-operatieve informatievoorziening, zou er aan kunnen bijdragen dat er tevens geen verschillen zijn in de uitkomsten van het beleid met betrekking tot de pré-operatieve informatievoorziening.

4.3.5 Pijnmeting

Zoals blijkt uit figuur 1 hebben medewerkers postoperatief bij bijna de helft van de patiënten (47,4%) meer dan drie keer per dag gevraagd naar de mate waarin zij pijn hadden.

Figuur 2: Aantal keer per dag gevraagd naar de mate van ervaren pijn



Zowel het protocol van het Erasmus MC als het protocol van het UMCN beschrijven (meer of minder expliciet, zie paragraaf 4.1.1) dat er postoperatief meer dan drie keer per dag een pijnmeting uitgevoerd moet worden. Hoewel volgens bijna de helft van de patiënten er meer dan drie keer per dag naar de mate van ervaren pijn gevraagd is, betekent dit niet automatisch dat er bij deze patiënten ook meer dan drie keer per dag pijn gemeten wordt. Medewerkers kunnen bijvoorbeeld ook alleen vragen of de patiënt pijn heeft zonder hierbij naar een score te vragen. Daarnaast kan het voorkomen dat er door verpleegkundigen niet altijd concreet naar de pijn gevraagd worden. Eén van de geënuquêteerde patiënten gaf bijvoorbeeld aan dat er meer dan drie keer per dag naar de pijn gevraagd werd. Hij maakte hierbij echter de aantekening dat er niet rechtstreeks naar de pijn gevraagd werd, maar wel hoe het met hem ging.

Bij ruim één vijfde van alle patiënten (22,7%) is helemaal niet of maar één keer naar de pijn gevraagd. Bij 29,9% van de patiënten is twee of drie keer gevraagd naar de pijn. Bij meer dan de helft van de patiënten (52,6%) kan dus verwacht worden dat in ieder geval niet met de protocollair vastgelegde frequentie een pijnmeting uitgevoerd is. Vragen naar pijn betekent, zoals hiervoor besproken, niet dat er altijd een pijnmeting is uitgevoerd. Het uitvoeren van een pijnmeting veronderstelt echter wel dat er naar pijn gevraagd moet worden. Om een pijnscore te kunnen afnemen zal de hulpverlener bijvoorbeeld aan de patiënt moeten vragen de mate van ervaren pijn uit te drukken in een cijfer. Hij of zij vraagt in

het geval van een pijnmeting dus altijd rechtstreeks naar de mate van ervaren pijn. Waarschijnlijk ligt het percentage patiënten waarbij niet met de protocollair vastgelegde frequentie gemeten is nog hoger, omdat niet bij alle patiënten waarbij meer dan drie keer naar pijn gevraagd is ook daadwerkelijk (in alle gevallen) een pijnmeting uitgevoerd is. Wanneer de resultaten van de dagbehandelingspatiënten en klinische patiënten gescheiden worden, treedt echter een kleine nuancering op met betrekking tot het percentage patiënten waarbij meer of minder dan drie keer per dag naar de mate van ervaren pijn is gevraagd (zie tabel 5).

Tabel 5: Aantal keer per dag gevraagd naar mate van pijn per soort opname

		Aantal keer per dag gevraagd naar mate van ervaren pijn					
		0	1	2	3	>3	Totaal
Soort opname	Dagopname	5 (14,3%)	5 (14,3%)	8 (22,8%)	5 (14,3%)	12 (34,3%)	35 (100%)
	Klinische opname	5 (8,3%)	6 (10,0%)	5 (8,3%)	10 (16,7%)	34 (56,7%)	60 (100%)

Uit de tabel blijkt dat bij klinische opnamen vaker meer dan drie keer per dag naar pijn wordt gevraagd dan bij dagbehandeling. Dit kan verklaard worden door het feit dat een deel van de dagbehandelingspatiënten geen hele dag in het ziekenhuis blijft, maar slechts enkele uren. De protocollen van het Erasmus MC en het UMCN schrijven voor dat er tenminste elke vier uur een pijnmeting gedaan moet worden. Wanneer een dagbehandelingspatiënt bijvoorbeeld acht uur in het ziekenhuis verblijft, kan volgens protocol volstaan worden met het twee keer uitvoeren van een pijnmeting. Niet duidelijk is hoe lang de verschillende dagbehandelingspatiënten in het ziekenhuis zijn gebleven. Het is dus moeilijk om voor deze groep te beoordelen of de pijn voldoende gemeten is. Wanneer men echter alleen naar de klinische patiënten kijkt blijkt dat in 43,3% van de gevallen onvoldoende naar pijn gevraagd is. Zoals eerder aangegeven valt dit aantal nog hoger uit wanneer men bedenkt dat waarschijnlijk niet in alle gevallen waarin gevraagd is naar pijn ook een pijnmeting is uitgevoerd. De kans is dus groot dat ook bij de dagbehandelingspatiënten in veel gevallen onvoldoende pijn gemeten is.

Er treedt eveneens een nuancering op van het hoge percentage patiënten waarbij onvoldoende gemeten wordt wanneer men bedenkt dat het niet bij alle patiënten noodzakelijk is meer dan vier keer per dag pijn te meten. Wanneer het bijvoorbeeld een aantal dagen geleden is dat een patiënt geopereerd is en hij/zij tijdens verschillende achtereenvolgende metingen een acceptabele pijnscore heeft aangegeven is het

voorstelbaar dat het aantal pijnmetingen per dag teruggebracht wordt. In dit geval wijkt de verpleegkundige beargumenteerd af van het protocol en voorkomt hij/zij dat de patiënt onnodig belast wordt met pijnmetingen. In hoeveel gevallen men in dit onderzoek op basis van bijvoorbeeld bovenstaande argumentatie afgeweken is van het aantal protocollair vastgelegde metingen is niet vast te stellen.

Onderzoek heeft uitgewezen dat de invoering van gestandaardiseerde pijnmeting leidt tot minder postoperatieve pijn (Gould et al. 1992; in NVA 2003). In het huidige onderzoek wordt deze positieve invloed van pijnmeting op ervaren pijn niet aangetoond ($p > .05$). Wel blijkt dat bij patiënten die meer pijn ervaren vaker naar de pijn gevraagd wordt. Dit wijst er op dat het verloop van de pijn en de effectiviteit van de pijnbehandeling bij deze patiënten extra gecontroleerd worden. Hierbij is het echter wel van belang dat er daadwerkelijk een pijnmeting uitgevoerd wordt en de resultaten van de meting gedocumenteerd worden. Het is namelijk moeilijk een patiënt goed te behandelen voor pijn indien niet duidelijk is hoeveel pijn een patiënt heeft en hoe de pijnklachten in de loop van de tijd variëren (Donovan 1985; in Integraal Kankercentrum Amsterdam 1998; American Pain Society Quality of Care Committee 1995; in Integraal Kankercentrum Amsterdam 1998).

Op basis van de hiervoor besproken resultaten kan verwacht worden dat in veel gevallen pijnmeting niet met de protocollair vastgelegde regelmaat wordt uitgevoerd. Uit de interviews met professionals blijkt dat eveneens de documentatie van de uitkomsten van de meting een probleem vormt. Zo komt het regelmatig voor dat de resultaten van een meting niet (op de juiste plaats) geregistreerd worden. Wanneer men zich nu bedenkt dat in ongeveer de helft van de gevallen niet met de benodigde regelmaat gemeten wordt en daarbij optelt dat bijvoorbeeld in 30% van de gevallen waar wel gemeten wordt niet gedocumenteerd wordt, dan kan vastgesteld worden dat slechts bij een klein percentage van de patiënten de uitgevoerde pijnbehandeling goed te evalueren is.

Vergelijking tussen het Erasmus MC en het UMCN met betrekking tot het aantal keren dat gevraagd is naar pijn levert geen significante verschillen op (t -waarde -1,3, $p = ns$). Het protocol van het Erasmus MC is, zoals eerder aangegeven, iets concreter met betrekking tot de frequentie van pijnmeting dan het protocol van het UMCN. Dit verschil is inhoudelijk echter zo klein dat niet te verwachten was dat dit verschillen zou opleveren in de praktijk.

4.3.4 Toediening van pijnmedicatie

Van het totaal aantal patiënten dat om pijnmedicatie gevraagd heeft ($n = 49$) moest het grootste deel (77,6%) 5 tot 10 minuten wachten. De overige 22,4% van de patiënten heeft 10 tot 15 minuten (14,3%), 15 tot 30 minuten (4,1%), 30 tot 45 minuten (2%) of meer dan 45 minuten (2%) moeten wachten wanneer zij om pijnmedicatie vroegen. Dat het grootste deel van de patiënten niet lang hoeft te wachten zou verklaard kunnen worden door het feit

dat zij voorgeschreven pijnmedicatie nodig hadden. Verpleegkundigen hoeven dan niet eerst een arts te consulteren, maar kunnen meteen overgaan tot het toedienen van de voorgeschreven pijnmedicatie. Volgens de NVA (2003) is dit echter geen garantie voor het tijdig toedienen van medicatie. Vaak wordt een postoperatief schema met betrekking tot pijnmedicatie niet of niet consequent opgevolgd (NVA 2003). Uit het huidige onderzoek blijkt dat wanneer patiënten zelf om pijnmedicatie vragen hier in het grootste deel van de gevallen geen sprake van is.

Het is onduidelijk waarom 4% van de patiënten langer dan een half uur op hun pijnmedicatie hebben moeten wachten. Hier kunnen verschillende oorzaken aan ten grondslag liggen. Het kan bijvoorbeeld druk zijn geweest op een afdeling, maar men kan ook hebben moeten wachten op consultatie.

Daarnaast is er geen verschil geconstateerd tussen het Erasmus MC en het UMCN met betrekking tot de tijd die patiënten moeten wachten op pijnmedicatie wanneer zij daar om vragen (t -waarde $-0,33$, $p = ns$). Het feit dat de protocollen op dit punt niet verschillen kan hieraan bijgedragen hebben.

4.4 Beschouwing resultaten

In de vorige paragrafen zijn de resultaten van de verschillende deelonderzoeken grotendeels onafhankelijk van elkaar besproken. In deze paragraaf zullen de resultaten van de deelonderzoeken naast elkaar gelegd worden. Beoordeeld zal worden in hoeverre de resultaten van de deelonderzoeken elkaar ondersteunen of tegenspreken. Pré-operatieve informatievoorziening, pijnmeting en de toediening van pijnmedicatie zullen hierbij opnieuw centraal staan.

4.4.1 Pré-operatieve informatievoorziening

Zowel het UMCN (2001) als het Erasmus MC (2006) hebben pré-operatieve informatievoorziening opgenomen in hun protocol. De manier waarop de beide ziekenhuizen dit onderdeel hebben uitgewerkt komt in grote mate overeen. Het betreft hier zowel de wijze waarop informatie gegeven moet worden (wanneer informatie gegeven moet worden en de verantwoordelijke discipline) als de inhoud van deze informatie (de wijze van pijnbestrijding, het belang van goede pijnbestrijding en de uitleg betreffende pijnmeting). Er bestaat ook geen verschil tussen het Erasmus MC en het UMCN met betrekking tot het wel of niet geven van informatie en de mate waarin patiënten tevreden zijn met de informatie wanneer zij deze wel ontvingen.

Hoewel pré-operatieve informatievoorziening opgenomen is in het protocol van beide ziekenhuizen geeft toch een substantieel deel (32,3%) van de geënquêteerde patiënten aan

pré-operatief geen informatie te hebben ontvangen. Dit terwijl professionals in de interviews aangeven dat er volgens hen in het grootste deel van gevallen wel informatie wordt gegeven aan patiënten. Het is echter voor professionals moeilijk om te beoordelen in hoeverre alle verschillende disciplines de patiënten van informatie voorzien. Zo geeft één van de respondenten (anesthesioloog B) in de interviews aan dat er geen controlemechanisme is voor de informatie die door verpleegkundigen gegeven moet worden. Deze respondent durft dus niet met zekerheid te zeggen dat de benodigde informatie altijd gegeven wordt. Een andere reden kan zijn dat patiënten de informatie wel ontvangen, maar niet onthouden. Eén van de respondenten (verpleegkundige D) gaf bijvoorbeeld aan dat de folder met betrekking tot (postoperatieve) pijn regelmatig niet aan patiënten wordt meegegeven. Hierdoor kan het gebeuren dat patiënten de informatie slechts een keer mondeling ontvangen en deze na verloop van tijd weer vergeten.

Uit de analyse van de resultaten uit de enquête, evenals uit eerdere onderzoeken, blijkt dat het niet ontvangen van informatie nadelige gevolgen heeft voor de mate van ervaren pijn. Wanneer patiënten geen informatie krijgen om zich voor te bereiden op de pijn (behandeling) na de operatie ervaren zij meer angst om pijn te krijgen. Deze angst zorgt er vervolgens voor dat patiënten ook daadwerkelijk postoperatief meer pijn ervaren. Hiermee wordt nogmaals het belang van het geven van goede pré-operatieve informatie benadrukt.

4.4.2 Pijnmeting

In het protocol van het Erasmus MC (2006) is opgenomen dat er minstens elke vier uur een pijnscore afgenomen moet worden bij de patiënt. In het protocol van het UMCN (2001) staat minder concreet vermeld hoe vaak een pijnscore afgenomen moet worden. In het protocol wordt wel aangegeven dat de verpleegkundige op de afdeling “de werking en eventuele bijwerkingen van pijnstilling tijdens elke postoperatieve controle en minstens elke vier uur moet evalueren” (UMCN 2001:8). Wanneer men er van uit gaat dat de pijnscore als instrument gehanteerd wordt om de werking van pijnmedicatie te evalueren zou dit betekenen dat ook in het UMCN elke vier uur de pijn gemeten moet worden. Het feit dat het protocol van het UMCN minder concreet beschrijft dat ten behoeve van de evaluatie van de pijnstilling een pijnmeting moet worden uitgevoerd heeft geen invloed op het aantal keer dat naar pijn gevraagd wordt. Vergelijking van de resultaten van het Erasmus MC en UMCN op dit onderdeel levert geen significante verschillen op.

Volgens het grootste deel van de professionals wordt de pijnmeting meestal uitgevoerd met de in het protocol aangegeven frequentie. Slechts één respondent (anesthesioloog A) geeft aan dat pijnmeting structureel niet met de benodigde regelmaat plaatsvindt.

Uit de analyse van de patiëntenenquête komt naar voren dat in ongeveer de helft van de gevallen pijn niet met de benodigde regelmaat gemeten wordt. Daarnaast geven

professionals aan dat in de gevallen waar wel gemeten wordt registratie van de uitkomsten van de meting regelmatig achterwege blijft. Wanneer deze twee feiten gezamenlijk in ogenschouw worden genomen kan verwacht worden dat het slechts bij een klein deel van de patiënten mogelijk is de pijnbehandeling goed te evalueren.

4.4.3 Toediening van pijnmedicatie

In de protocollen van het Erasmus MC (2006) en het UMCN (2001) is niet opgenomen welke standaard geldt voor het tijdig toedienen van de benodigde pijnmedicatie. Respondenten in de interviews geven wisselende kaders aan waarbinnen het volgens hen acceptabel is dat de patiënt moet wachten op pijnmedicatie.

Van de patiënten die om pijnmedicatie hebben gevraagd geeft iets meer dan 75% aan dat zij tussen de vijf en tien minuten moeten wachten wanneer zij om pijnmedicatie vragen. Slechts 4% van de patiënten geeft aan langer dan een half uur te hebben moeten wachten op pijnmedicatie. Waarom deze patiënten zo lang hebben moeten wachten is onduidelijk.

Ook professionals hebben aangegeven dat het toedienen van pijnmedicatie in het grootste deel van de gevallen geen probleem vormt. Wanneer medicatie voorgeschreven en voldoende werkzaam is kunnen verpleegkundigen dit vrij snel aan de patiënt geven indien deze het nodig heeft. Problemen doen zich met name voor wanneer, bij afwezigheid van de acute pijnservice, consultatie van een anesthesioloog nodig is, omdat de voorgeschreven pijnmedicatie onvoldoende werkzaam is. Of dit het geval is geweest bij de patiënten die langer dan een half uur hebben moeten wachten is niet duidelijk.

5. Discussie en conclusie

Alvorens begonnen kan worden met het beantwoorden van de onderzoeksvragen is het van belang kritisch te reflecteren op het onderzoek en de resultaten. Deze kritische reflectie komt aan de orde in paragraaf 5.1. In paragraaf 5.2 zullen de conclusies van het onderzoek gepresenteerd worden. Per onderzoeksvraag zullen antwoorden geformuleerd worden. Tevens zal in deze paragraaf het conceptueel model geëvalueerd worden.

5.1 Discussie

Bij de uitvoering van dit onderzoek hebben enkele methodologische beperkingen een rol gespeeld. Het is van belang deze beperkingen te bespreken, omdat zij in wisselende mate invloed kunnen hebben gehad op de resultaten.

De eerste methodologische beperking heeft betrekking op de selectie van ziekenhuizen. Het UMCN en Erasmus MC zijn hoofdzakelijk geselecteerd op basis van de bereidheid van deelname en niet op basis van de mate waarin zij inzicht konden bieden bij het beoordelen van het postoperatieve pijnbeleid. Zoals eerder aangegeven week het protocol van het LUMC duidelijk af van de protocollen van het Erasmus MC en het UMCN. Wanneer alle deelonderzoeken eveneens plaats hadden gevonden in het LUMC was het beter mogelijk geweest de invloed van de inhoud van het protocol bij uitvoering van het pijnbeleid te bespreken. Het LUMC bood niet de mogelijkheid aanvullende vragen aan de patiëntenenquête toe te voegen. Tevens werd geen toestemming verkregen om gebruik te maken van de resultaten van de door hen uitgezette vragenlijsten in het kader van het Benchmark project. Om mogelijke samenhang tussen de uitkomsten van de verschillende deelonderzoeken (protocollenanalyse, interviews, enquête) te kunnen vaststellen was het van belang alle deelonderzoeken in een instelling te laten plaats vinden. Om deze reden is er dus voor gekozen het volledige onderzoek uit te voeren in het Erasmus MC en het UMCN. Met betrekking tot het kwalitatieve deelonderzoek kan eveneens een methodologische kantekening worden geplaatst. De hoeveelheid en diversiteit van de afgenomen interviews onder afdelingsverpleegkundigen is beperkt. Met name verpleegkundigen kunnen inzicht bieden in de uitvoerbaarheid van het protocol, omdat zij de spil zijn van het gevoerde postoperatieve pijnbeleid (NVA 2003:28) In dit onderzoek zijn slechts drie verpleegkundigen geïnterviewd, twee verpleegkundigen van de afdeling gynaecologie van het Erasmus MC en één verpleegkundige van de afdeling orthopedie van het UMCN. Instellingsgebonden factoren, afdelingsgebonden factoren, teamgebonden factoren en persoonsgebonden factoren kunnen invloed hebben gehad op de gegeven antwoorden. Wanneer de resultaten van het onderzoek gebruikt worden in een andere setting moet hier rekening mee gehouden worden. Het onderzoek biedt een beschrijving van herhaaldelijk terugkomende factoren.

Daarnaast wordt de generaliseerbaarheid verhoogd, omdat gebruik gemaakt is van verschillende methoden voor dataverzameling (enquête, interviews, etc.).

Ook met betrekking tot het kwantitatieve onderzoek is kritische reflectie op zijn plaats. Op basis van de beschikbare tijd is ervoor gekozen op een bepaald moment te stoppen met de dataverzameling voor het onderzoek naar het postoperatieve pijnbeleid. Op dat moment was niet precies vast te stellen hoeveel van de 460 uit te zetten enquêtes ook daadwerkelijk aan patiënten waren uitgereikt. Hierdoor was het niet mogelijk om concrete uitspraken te doen over de respons. De dataverzameling voor het Benchmark project loopt echter nog langer door en op basis van voorlopige berekeningen kan uiteindelijk een respons van tussen de 60% en 80% verwacht worden. Naar alle waarschijnlijkheid ligt de respons het eerste deel van de instroomperiode ook tussen de 60% en 80%.

Tot slot zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de uitkomsten van de enquête. In het huidige onderzoek komt naar voren dat 29,4% van de geënquêteerde patiënten matige tot ernstige pijn ervaren. Dit is beduidend lager dan de 75% waar in andere onderzoeken over wordt gesproken. Hier mag niet automatisch uit geconcludeerd worden dat er daadwerkelijk zo'n groot verschil bestaat tussen uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid van het Erasmus MC en UMCN en de onderzochte instellingen uit eerdere onderzoeken. Uit het huidige onderzoek naar het postoperatieve pijnbeleid blijkt namelijk dat (de uitvoering van) de protocollen op veel verschillende punten verbeterd kan worden. Dit heeft zeker invloed op de uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid, zoals de mate van ervaren pijn. Daarnaast is het onduidelijk of het huidige onderzoek en de eerdere onderzoeken vergelijkbaar zijn. Ten eerste is het niet duidelijk of de gebruikte meetschalen waarmee de mate van pijn beoordeeld is in de verschillende onderzoeken identiek zijn. Ook is het onduidelijk of de populaties in beide onderzoeken vergelijkbaar zijn. Het soort operatie dat patiënten ondergaan zou bijvoorbeeld een rol kunnen spelen bij de hoeveelheid pijn die zij na de operatie zouden kunnen ervaren. Het is echter onbekend welke operatie de patiënten in dit onderzoek en andere onderzoeken hebben ondergaan. Tot slot is in het huidige onderzoek niet gevraagd aan patiënten naar de mate van ervaren pijn tijdens de gehele opname. Om de mate van ervaren pijn vast te stellen is gebruik gemaakt van een vraag uit de enquête van het Benchmark project. Deze richt zich alleen op de mate van ervaren pijn tijdens het verblijf op de uitslaapkamer. Er is dus geen zicht op de mate van ervaren pijn tijdens de verdere opname.

5.2 Conclusie

Ondanks bovengenoemde kanttekeningen kan dit onderzoek zeker bijdragen aan beeldvorming met betrekking tot (de uitvoerbaarheid van) het postoperatieve pijnbeleid van

Universitair Medische Centra. Met de kanttekeningen in het achterhoofd kunnen de volgende antwoorden gegeven worden op de onderzoeksvragen:

Verschillen en overeenkomsten pijnprotocollen

Protocollen vormen de basis voor het postoperatieve pijnbeleid. Wanneer deze niet volledig of onduidelijk zijn is het onmogelijk optimale uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid te bereiken. De protocollen van het Erasmus MC, het UMCN en het LUMC zijn inhoudelijk beoordeeld en vergeleken op basis van gevalideerde kwaliteitsindicatoren van Idvall et al (2002). Het betreft de volgende indicatoren:

- De pijn die de patiënt ervaart moet regelmatig beoordeeld worden met behulp van een pijn beoordelingsinstrument, bijvoorbeeld de VAS (Visual Analogue Scale). Met regelmatig wordt bedoeld minimaal drie keer per dag ('s ochtends, 's middags en 's avonds);
- Pijnmedicatie moet preventief toegediend worden;
- De pijn van de patiënt moet beoordeeld worden in relatie tot beweging, bijvoorbeeld bij diep ademen of het bewegen van de benen;
- De patiënt moet pré-operatief informatie ontvangen over de pijnbehandeling;
- Individuele doelen voor pijnbehandeling moeten in overleg met de patiënt worden vastgesteld;
- De verpleegkundige moet actie ondernemen op de pijn totdat een voor de patiënt aanvaardbaar pijnniveau is bereikt;
- Er moet regelgeving zijn met betrekking tot het documenteren van pijnbeoordeling en pijnbehandeling;
- Er moet één specifieke verpleegkundige zijn die verantwoordelijk is voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt, bijvoorbeeld een EVV (Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige);
- Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot pijn.

De protocollen van het Erasmus MC en het UMCN vertonen met betrekking tot deze indicatoren grote overeenkomsten in opbouw en inhoud. Beide protocollen bestaan uit een algemeen deel waarin bijvoorbeeld het belang van goede pijnbestrijding en de pijnmeting worden toegelicht. Daarnaast bevatten zij een beschrijving van taken en verantwoordelijkheden per dag. Alle genoemde kwaliteitsindicatoren worden behandeld in deze protocollen. Het protocol van het LUMC wijkt echter zowel inhoudelijk als qua opbouw in grote mate af van de protocollen van het UMCN en het Erasmus MC. Doordat het protocol van het LUMC voornamelijk algemene beschrijvingen bevat blijven taken en

verantwoordelijkheden (per dag) onduidelijk. Daarnaast komen niet alle kwaliteitsindicatoren aan bod, zoals de pré-operatieve informatievoorziening.

Duidelijk is dat er zowel verschillen als overeenkomsten tussen ziekenhuizen kunnen bestaan bij de uitwerking van het pijnbeleid in een protocol. Of er sprake is van overeenkomsten en/of verschillen en in welke mate deze zich voordoen is afhankelijk van welke ziekenhuizen men met elkaar vergelijkt. Een belangrijke conclusie die getrokken kan worden aan de hand van het onderzoek is dat alle bestudeerde protocollen in meer of mindere mate bepaalde tekortkomingen en/of onduidelijkheden vertonen. Het protocol van het Erasmus MC is bijvoorbeeld niet geheel duidelijk met betrekking tot het meten van pijn in relatie tot beweging. Ook het protocol van het UMCN is niet voldoende concreet met betrekking tot dit onderwerp. In de definitie van acceptabele pijn staat wel beschreven dat de patiënt bij de aangegeven pijnscore in staat moet zijn te kunnen bewegen. Dit wordt echter niet concreet vertaald in een opdracht voor de verpleegkundige. Daarnaast is het protocol niet duidelijk met betrekking tot de frequentie van meting. Er wordt aangegeven dat de verpleegkundige op de afdeling “de werking en eventuele bijwerkingen van pijnstilling tijdens elke postoperatieve controle en minstens elke vier uur moet evalueren” (UMCN 2001:8). Of ten behoeve van deze evaluatie een pijnscore gevraagd moet worden staat niet beschreven. In het protocol van het LUMC worden zoals eerder aangegeven een aantal onderwerpen in zijn geheel niet behandeld, zoals pré-operatieve informatievoorziening, het preventief toedienen van pijnmedicatie en het meten van pijn in relatie tot beweging. Daarnaast worden enkele aspecten niet voldoende concreet behandeld, bijvoorbeeld de frequentie van de pijnmeting. Aangezien in het LUMC geen enquête uitgezet kon worden is niet vast te stellen wat de invloed is van de inhoud van het protocol op de uitkomsten van het pijnbeleid. Volgens de NVA (2003) vormt het protocol de handleiding van de verpleegkundige aan het bed (NVA 2003:28). Het is te verwachten dat wanneer deze handleiding niet compleet en/of onduidelijk is de beoogde resultaten van het pijnbeleid niet worden behaald. Uit het bovenstaande blijkt dat alle onderzochte ziekenhuizen in meer of mindere mate tekortkomingen vertonen. Verwacht kan worden dat dit ook voor de overige UMC's geldt. Zoals eerder aangegeven is het belang van een volledig en concreet protocol groot. Wanneer standaarden onvolledig of onduidelijk zijn kunnen optimale resultaten van het postoperatieve pijnbeleid niet behaald worden. De IGZ (2005a) benadrukt eveneens het belang van een goed postoperatief pijnbeleid, omdat volgens hen “adequate pijnbestrijding een belangrijke factor is in zowel het welbevinden van de patiënt als in het genezingsproces” (IGZ 2005a:39). Dat de IGZ veel waarde hecht aan de kwaliteit van het postoperatieve pijnbeleid van ziekenhuizen blijkt uit het feit dat de IGZ twee indicatoren die betrekking hebben op pijn na de operatie heeft opgenomen in de ‘basisset prestatie-indicatoren’. Een prestatie-indicator geeft volgens de IGZ (2005b) “een signaal over de (kwaliteit van de) zorg

(...). Een negatief signaal, waarvoor het ziekenhuis in eerste instantie geen bevredigende verklaring heeft, kan aanleiding zijn voor een nader onderzoek” (IGZ 2005b:7).

Invloed (organisatorische) kenmerken op de uitvoering van het postoperatieve pijnbeleid

Met alleen het evalueren en optimaliseren van de protocollen zijn optimale resultaten van het pijnbeleid nog niet gegarandeerd. De voorgeschreven handelingen zullen in de praktijk ook daadwerkelijk uitgevoerd moeten worden om het beoogde effect te sorteren. Professionals geven verschillende factoren aan die er de oorzaak van zijn dat het protocol niet altijd volledig wordt opgevolgd. Verschillende van deze kenmerken bevinden zich in de organisatorische context. Over werkdruk zijn alle respondenten het eens. Werkdruk kan invloed hebben op het (pré-operatief) geven van informatie, het uitvoeren van een pijnmeting en het tijdig toedienen van medicatie. Daarnaast komen in de interviews nog meer organisatorische kenmerken naar voren. Het betreft het niet passen van handelingen in de dagelijkse routine, efficiency problemen en financiële barrières. Deze kenmerken worden niet letterlijk en niet door alle respondenten benoemd. Ook spelen zij niet in alle gevallen een rol, maar hebben zij betrekking op specifieke problemen. Wel zijn zij uit de verhalen van meerdere medewerkers af te leiden. Zo speelt de frequentie van de vitale controles als pols, tensie en temperatuur een rol bij de mate waarin pijn gemeten wordt. Deze controles zijn vaak leidend voor de frequentie waarmee pijn gemeten wordt. Wanneer bij een patiënt maar één keer per dag de bloeddruk gemeten moet worden zie je vaak dat ook maar één keer per dag naar de pijn gevraagd wordt. Door de frequentie van vitale controles leidend te laten zijn voor de mate waarin pijn gemeten wordt sluit de pijnmeting aan bij de dagelijkse routine. Efficiency problemen kunnen zich voordoen met betrekking tot de tijdige toediening van pijnmedicatie wanneer het afgesproken beleid niet voldoet. Als de acute pijnservice niet aanwezig is (buiten kantooruren) is men voor consultatie afhankelijk van de dienstdoende anesthesioloog. Wanneer deze bijvoorbeeld vaststaat op een OK is fysieke consultatie regelmatig niet tijdig mogelijk. Vaak wordt dan wel telefonisch consultatie verleend, maar dit brengt weer eigen problemen met zich mee zoals onzekerheid bij verpleegkundigen. Deze efficiency problemen worden indirect veroorzaakt door financiële barrières. Het 24 uur beschikbaar hebben van een anesthesioloog voor alleen pijnproblemen vraagt namelijk om een flinke financiële investering.

Naast de problemen in de organisatorische context bevinden beperkende factoren zich ook in de professionele en sociale context, zoals de kennis van medewerkers betreffende pijn, pijnbehandeling en het protocol. De kennis van medewerkers is, net als werkdruk, van grote invloed op het al dan niet opvolgen van protocollen. Het feit dat de informatie bijvoorbeeld niet volledig gegeven wordt, zoals het belang en achtergrond van de pijnmeting, ligt volgens

respondenten aan het kennisniveau van de informatieverstrekker. Wanneer hulpverleners zelf niet op de hoogte zijn of het belang niet inzien van bepaalde informatie zullen zij deze informatie niet overdragen aan patiënten.

Verschillen en overeenkomsten ervaringen patiënten

Uit het onderzoek komen geen verschillen in ervaringen van patiënten van het UMCN en het Erasmus MC naar voren. Er is geen significant verschil tussen het Erasmus MC en het UMCN met betrekking tot het aantal patiënten dat wel of geen informatie heeft ontvangen. Wanneer patiënten wel informatie hebben ontvangen zijn zij hier in beide instellingen gemiddeld even tevreden over. Het aantal keer dat per dag naar de pijn gevraagd is verschilt niet significant tussen de ziekenhuizen. Ook de tijd dat patiënten gemiddeld moeten wachten op hun pijnmedicatie is per ziekenhuis niet significant verschillend. Het feit dat de pijnprotocollen van beide ziekenhuizen in grote mate overeenkomen kan er aan bijdragen dat er geen verschillen bestaan tussen beide ziekenhuizen.

Verschillen bestaan er echter wel tussen de ervaringen van patiënten en professionals met betrekking tot de uitvoering van het postoperatieve pijnbeleid. Dit sluit aan bij de uitkomsten van eerder onderzoek. Uit onderzoek van Idvall et al. (2005) blijkt namelijk dat professionals en patiënten het pijnbeleid verschillend beoordelen. Een eerste verschil heeft betrekking op de pré-operatieve informatievoorziening. Professionals geven aan dat informatie in de meeste gevallen gegeven wordt. Een groot deel van de patiënten (32,3%) geeft echter aan dat zij geen informatie omtrent pijn en pijnbehandeling hebben ontvangen. Het belang van goede informatievoorziening is echter groot. Uit de analyse van de resultaten van de enquête blijkt, evenals uit eerdere onderzoeken, dat patiënten die geen informatie hebben ontvangen of minder tevreden zijn met de ontvangen informatie meer angst hebben om pijn te ervaren. De mate waarin patiënten angst hebben om pijn te krijgen heeft invloed op de mate van ervaren pijn postoperatief. Ook voor pijnmeting geldt dat er verschillen bestaan tussen de ervaringen van professionals en patiënten. Volgens professionals wordt pijnmeting meestal met de benodigde regelmaat uitgevoerd. Bijna 47% van de patiënten geeft aan dat er maximaal drie keer per dag naar de pijn gevraagd is. Dit terwijl in de protocollen van beide ziekenhuizen staat dat er minimaal vier keer een pijnscore gevraagd moet worden.

Met het beantwoorden van de deelvragen is ook de hoofdvraag beantwoord. Er bestaan inderdaad verschillen in de opzet van het postoperatieve pijnbeleid van academische ziekenhuizen. In welke mate deze verschillen bestaan is afhankelijk van welke ziekenhuizen men naast elkaar legt. Met behulp van het conceptueel model was al een mogelijk antwoord geformuleerd op het tweede deel van de hoofdvraag. In het conceptueel model werd de verwachting geschetst dat organisatorische kenmerken van invloed zijn op de uitvoering van

het protocol. Middels dit onderzoek is dit vermoeden bevestigd. Professionals noemen verschillende (organisatorische) factoren die er voor zorgen dat handelingen niet altijd uitgevoerd worden zoals protocollair is vastgelegd. Tevens is gebleken dat het niet uitvoeren van handelingen conform het protocol invloed kan hebben op de uitkomsten van het postoperatieve pijnbeleid. Zo hebben patiënten die geen informatie hebben gehad meer pijn ervaren dan patiënten die wel informatie hebben ontvangen. Of zij hierdoor ook minder tevreden waren met het pijnbeleid is niet onderzocht.

6. Aanbevelingen

Om het postoperatieve pijnbeleid te optimaliseren is het van belang dat ziekenhuizen hiervoor aan de basis beginnen. Door kritische reflectie kunnen tekortkomingen en onduidelijkheden in het eigen (postoperatieve) pijnprotocol opgespoord en aangepast worden. Daarbij is het van belang de haalbaarheid en noodzaak van de verschillende handelingen te bespreken. Wanneer de haalbaarheid en noodzaak van pijnmeting vergroot worden is de kans dat het protocol daadwerkelijk uitgevoerd wordt groter. Bij pijnmeting is het bijvoorbeeld belangrijk te bepalen hoe vaak de meting plaats moet vinden om zicht te krijgen op het effect van de gevoerde pijnbehandeling. Vermoedelijk neemt het belang van intensieve pijnmeting af naarmate de operatie langer geleden is en/of een patiënt gedurende een aantal metingen een acceptabele pijnscore aangeeft. Door dit bijvoorbeeld in een algoritme in het protocol op te nemen wordt voorkomen dat patiënten en verpleegkundigen worden belast met onnodige metingen. De kans dat het protocollair aantal vastgelegde metingen daadwerkelijk wordt uitgevoerd neemt op die manier toe. Bij het vaststellen van het aantal benodigde metingen is het tevens van belang om te bepalen of het benodigde aantal metingen haalbaar is. Haalbaarheid is niet alleen afhankelijk van de benodigde tijdsinvestering in relatie tot de beschikbare tijd, maar ook van de dagelijkse routine. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat verpleegkundigen het aantal pijnmetingen per dag vaak af laten hangen van het aantal keren dat de vitale controles moeten worden uitgevoerd. Met deze factor moet bij het opstellen van het protocol zoveel mogelijk rekening gehouden worden. Hierdoor wordt eveneens de kans vergroot dat het protocol daadwerkelijk wordt opgevolgd. Tot slot is het van belang controlemechanismen in te bouwen met betrekking tot het meten van pijn en het registreren van de meting. Op deze manier kan gecontroleerd worden of het protocol daadwerkelijk uitgevoerd wordt. In dit onderzoek zijn verschillende problemen en hun mogelijke oorzaken met betrekking tot uitvoering van het pijnbeleid aan het licht gekomen. Alleen door in de eigen instelling te controleren of de betreffende problemen een rol spelen en waardoor deze veroorzaakt worden kunnen passende oplossingen worden gevonden. Belangrijk is hierbij het oordeel van patiënten mee te nemen, omdat deze op belangrijke punten verschilt van het oordeel van de professional. Bij het evalueren en verbeteren van het postoperatieve pijnbeleid kan de in dit onderzoek gebruikte methodiek als leidraad dienen. Tevens kan gebruik gemaakt worden van andere bestaande onderzoeken en uitkomsten. Zo heeft het Integraal Kankercentrum Amsterdam (IKA) (1998) een handleiding voor de implementatie van pijnregistratie geschreven. Bijlage 7 bevat de instructiesheet verpleegkundigen die behulpzaam kan zijn bij het concretiseren van de registratie van de pijnmeting in het protocol en de praktijk. Het volledige document is op internet te downloaden (zie literatuurlijst).

Het bovenstaande voorbeeld met betrekking tot pijnmeting maakt duidelijk dat veel stappen ondernomen moeten worden om de uitvoering van protocollaire handelingen te vergroten. Ook pré-operatieve informatievoorziening, de toediening van pijnmedicatie en andere onderwerpen in het protocol zullen op deze manier geëvalueerd moeten worden. Gezien de onderlinge verschillen in de postoperatieve pijnprotocollen zouden ziekenhuizen er verstandig aan doen in onderling overleg met elkaar hun pijnprotocollen aan te scherpen. In het kader van het Benchmark project is postoperatieve pijnbestrijding zeker een onderwerp waarover ziekenhuizen veel van elkaar kunnen leren.

In dit onderzoek zijn eveneens enkele mogelijke oplossingen voor problemen naar voren gekomen. Zo kan de soms moeilijke bereikbaarheid van anesthesiologen buiten kantooruren verbeterd worden door het uitbreiden van de acute pijnservice. Of dit een reële optie is zal per instelling bepaald moeten worden. Hiervoor zullen instellingen hun standpunt moeten bepalen betreffende telefonische consultatie en het telefonisch geven van medicatieopdrachten; willen wij dit en onder welke voorwaarden? Tevens zal bepaald moeten worden wat een acceptabele tijd is dat patiënten en medewerkers moeten wachten op fysieke consultatie door een anesthesioloog. Alleen dan kunnen afwijkingen geregistreerd worden en instellingen bepalen of de financiële investering rendabel is.

Literatuurlijst

Bowling, A. 2002. *Research methods in health: investigating health and health services*. Second edition. Berkshire: Open University Press. [1997]

Briggs, M. et al. 1999. 'A Descriptive Study of the Use of Visual Analogue Scales and Verbal Rating Scales for the Assessment of Postoperative Pain in Orthopedic Patients'. *Journal of Pain and Symptom Management* (december 1999):438-446.

Cabana, M.D. et al. 1999. 'Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement'. *Journal of the American Medical Association* (oktober 1999):1458-1465.

Caljouw, M.A.A. 2005. *Concept patiëntentevredenheidsonderzoek OK-centra Universitair Medische Centra*. Leiden: NFU.

Caluwe, L. et al. 2002. *Essenties van organiseren, managen en veranderen*. Schiedam:Scriptum

Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitive, Quantitative and mixed methods approaches*. Second edition. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. [2002]

Dingemans, W.A. et al. 1993. *Pijn en pijnbehandeling: Een basaal onderwijscurriculum*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht

(Erasmus MC). 2006. *Concept protocol acute pijnbestrijding*. Rotterdam: Erasmus MC

Ellrodt, A.G. et al. 1996. 'Measuring and improving physician compliance with clinical practice guidelines: A controlled interventional trial'. *Annals of Internal Medicine* (januari 1996):277-282.

Geneesmiddelenrepertorium. 2005. *Symoron; Yamanouchi Pharma B.V.*
Geneesmiddelenrepertorium, 2005 [aangehaald 06-07-2006]. Bereikbaar op:
http://www.geneesmiddelenrepertorium.nl/024_symor_02129.html

Graham, R.B. 2004. *The Purpose Of Pain Scales* [Internet]. Intellihealth, 28-07-2004 [aangehaald 02-07-2006]. Bereikbaar op: <http://www.intelihealth.com/IH/ihtIH/WSIHW000/29721/32087.html#verbal>

Grol, R & J. Grimshaw. 2003. 'From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care'. *The Lancet* (oktober 2003):1225-1230.

Grol, R.T.P.M., et al. 1994. *Invoering van richtlijnen en veranderingen: een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom

Heijde van der, D. 2003. *Aan welke eisen moet een meetinstrument voldoen om bruikbaar te zijn in de klinische praktijk?* Nederlandse Vereniging van revalidatieartsen, [aangehaald 03-05-2006]. Bereikbaar op: <http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/Onderzoek/R114/heijde.htm>

Idvall, E. et al. 2001. 'Quality indicators in postoperative pain management: a validation study'. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (januari 2001):331-338.

Idvall, E. et al. 2002. 'Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management'. *Journal of Advanced Nursing* (maart 2002):532-540

Idvall, E. et al. 2005. 'Differences between nurse and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals'. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (oktober 2005):444-451

(Inspectie voor de Gezondheidszorg). 2005a. *Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2005* [internet]. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 01-10-2005 [aangehaald 21-01-2006]. Bereikbaar op: http://www.igz.nl/pdfs/presind/Basisset_prestatie_indicato2.pdf

-----, 2005b. *Het resultaat telt!: prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg* [internet]. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 01-05-2005 [aangehaald 21-01-2006]. Bereikbaar op: http://www.igz.nl/15451/17873/Rapport_2005-05_Het_resulta1.pdf

(Integraal Kankercentrum Amsterdam).1998. *Pijn van nul tot tien: handleiding voor implementatie van pijnregistratie* [internet]. Integraal Kankercentrum Amsterdam, 01-05-1998 [aangehaald 12-06-2006]. Bereikbaar op:

<http://www.ikcnet.nl/uploaded/bibliotheek/document/pijn%20van%20nul%20tot%20tien.pdf>

(International Association for the Study of Pain). 2004. *IASP Pain Terminology* [Internet]. International Association for the Study of Pain, 9-11-2004 [aangehaald 08-01-2006].

Bereikbaar op <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>

Jamison, R. et al. 1997. 'Assessment of Postoperative Pain Management : Patient Satisfaction and Perceived Helpfulness'. *The Clinical Journal of Pain* (september 1997): 229-236.

Jensen, M.P. et al. 2002. 'Postsurgical pain outcome assessment'. *Pain* (september 2002);101-109.

Legemaate, J. 2004. *Teksten: Kwaliteit gezondheidszorg en patiëntenrechten*. Den Haag: Sdu Uitgevers BV

(LUMC). 2001. *Protocol postoperatieve pijnbestrijding*. Leiden: LUMC

NFU (Nederlandse Federatie van Universitair medische centra). 2005a. *Benchmarking OK: Van appels met peren naar Elstar met Jonagold. Deel I: Doel, Visie, Methode & Systeemkenmerken*.

----- . 2005b. *Protocol patiënttevredenheidsonderzoek operatiekamercomplexen Universitair Medische Centra*.

NVA (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie). 2003. *Richtlijn postoperatieve pijnbehandeling*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.

NVA (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie). 2006. *Begripsbepaling en status binnen de NVA* [internet]. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, 2006 [aangehaald 26-06-2006]. Bereikbaar op: <http://www.anesthesiologie.nl/algemeen>

Segers, J. & J. Hutjes. 1999. *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorcum

Sjöling, M. et al. 2003. 'The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management'. *Elsevier Science Ireland Ltd* (oktober 2003):169-176

Summers, S. 2000. 'Evidence-based practice part 1: pain definitions, pathophysiologic mechanisms, and theories'. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* (oktober 2000):357-365.

Svensson, I. et al. 2001. 'Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management'. *European Journal of Pain* (januari 2001):125-133.

Thelan, L.A. et al. 1998. *Critical care nursing: diagnosis and management*. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.

(UMCN). 2001. *Protocol postoperatieve pijnbehandeling*. Nijmegen: UMCN

Visser, A.P. 1984. *De beleving van het verblijf in het algemeen ziekenhuis: tevredenheid, kennis en emotionele toestand van ziekenhuispatiënten: meting, inhoud en determinanten*. Assen: Van Gorcum BV

Vocht, A. de. 2006. *Basisboek SPSS 13 voor Windows*. Utrecht: Bijleveld Press.

Watts, S & A. Brooks. 1997. 'Patients' perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit'. *Journal of Advanced Nursing* (juli 1997):85-92.

Williamson, A. & B. Hoggart. 2005. 'Pain: a review of three commonly used pain rating scales'. *Journal of Clinical Nursing* (augustus 2005):798-804.

Bijlage 1: Kwaliteitsindicatoren postoperatief pijnbeleid (Idvall et al. 2002)

1. De pijn die de patiënt ervaart moet regelmatig beoordeeld worden met behulp van een pijn beoordelingsinstrument, bijvoorbeeld de VAS (Visual Analogue Scale).
Met regelmatig bedoelen Idvall et al (2002) minimaal drie keer per dag. Te weten, 's ochtend, 's middags en 's avonds.
2. Pijnmedicatie moet preventief toegediend worden.
3. De pijn van de patiënt moet beoordeeld worden in relatie tot beweging, bijvoorbeeld bij diep ademen of het bewegen van de benen.
4. De patiënt moet ondersteuning krijgen bij het vinden van een comfortabele positie in bed.
5. De patiënt moet pré-operatief informatie ontvangen over de pijnbehandeling.
6. Individuele doelen voor pijnbehandeling moeten in overleg met de patiënt worden vastgesteld.
7. De verpleegkundige moet actie ondernemen op de pijn totdat een voor de patiënt aanvaardbaar pijnniveau is bereikt.
8. De patiënt moet de mogelijkheid hebben om 's nachts te kunnen slapen in een rustige omgeving.
9. De helft van de verpleegkundige tijdens de dienst moet geregistreerd zijn.
10. De kamers moeten een plezierige omgeving bieden.
11. Verpleegkundigen moeten kennis bezitten over pijnbeoordeling en -behandeling.
12. Er moet regelgeving zijn met betrekking tot het documenteren van pijnbeoordeling en pijnbehandeling.
13. Er moet één specifieke verpleegkundige zijn die verantwoordelijk is voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt, bijvoorbeeld een EVV (Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige).
14. Verpleegkundigen moeten geloven wat patiënten hen vertellen met betrekking tot de pijn die zij ervaren.
15. Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot pijn.

Bijlage 2: Overzicht geïnterviewden

Naam	Functie	Organisatie	Datum
Dhr. M. Klimek	Anesthesioloog	Erasmus MC	21-04-2006
Mevr. M. Wouters	Regieverpleegkundige gynaecologie	Erasmus MC	05-05-2006
Mevr. N. Zweden	Pijnconsulente	Erasmus MC	05-05-2006
Mevr. M. Steegers	Anesthesiologe	UMCN	08-08-2006
Mevr. R. van Boekel	Pijnconsulente	UMCN	15-05-2006
Mevr. M van Eerten	Verpleegkundige orthopedie	UMCN	15-05-2006
Mevr. D. Speijer	Verpleegkundige gynaecologie	Erasmus MC	19-05-2006

Bijlage 3: Topiclijst

Topic 1: Achtergrond protocol

Hoe is het postoperatieve pijnprotocol tot stand gekomen?

Subtopics:

- Welke medewerkers zijn betrokken geweest bij het opstellen van het protocol (multidisciplinaire aanpak)?
- Wat is volgens u het belang van een multidisciplinaire aanpak?
- Welke rol heeft de 'Richtlijn Postoperatieve Pijnbehandeling' van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) gespeeld bij het opstellen van het protocol?
- Wat waren knelpunten/discussiepunten bij het opstellen van het protocol?
- Waarom waren dit knelpunten/discussiepunten?

Topic 2: Verantwoordelijkheid

Hoe is de verantwoordelijkheid voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt geregeld?

Subtopic:

- Wie is verantwoordelijk voor de pijnbehandeling van de individuele patiënt (multidisciplinaire verantwoordelijkheid en/of Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige)?
- Kent/heemt iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid (is dit ergens beschreven)?

Topic 3: Pré-operatieve informatievoorziening

Hoe verloopt de pré-operatieve informatievoorziening met betrekking tot pijn en pijnbehandeling na de operatie?

Subtopics:

- Waarom is pré-operatieve informatievoorziening met betrekking tot pijn en pijnbehandeling wel/niet opgenomen in het protocol?

Indien informatievoorziening niet gespecificeerd in protocol:

- Welke informatie met betrekking tot pijn en pijnbehandeling wordt er aan patiënten gegeven?
- Hoe wordt informatie over pijn en pijnbehandeling aan patiënten gegeven (mondeling/schriftelijk/beiden)?
- Op welk(e) moment(en) wordt aan patiënten informatie gegeven over pijn en pijnbehandeling?
- Door welke hulpverleners wordt er informatiegegeven over pijn en pijnbehandeling?
- Is het hoe, wat, wanneer en door wie ergens vastgelegd (eenduidige informatievoorziening door hulpverleners)?

Topic 3A: Haalbaarheid (invloed van organisatorische kenmerken)

- Is het altijd haalbaar om patiënten op de eerder beschreven manier van informatie te voorzien? Waarom is dit wel/niet haalbaar? Denk hierbij aan organisatorische kenmerken als:
 - Gebrek aan tijd en middelen
 - Niet passen in de dagelijkse routine
 - Vertragingen door het wachten op bijvoorbeeld uitslagen en consultatie (efficiency problemen)
 - Onvoldoende personeel
 - Financiële barrières
- Kan een protocol ondersteunen bij het vergroten van de haalbaarheid? Waarom wel/niet?

Topic 4: Pijnmeting

Hoe verloopt de pijnmeting na de operatie?

Subtopics:

- Waarom is pijnmeting met betrekking tot pijn en pijnbehandeling wel/niet opgenomen in het protocol?

Indien pijnmeting niet gespecificeerd is in het protocol:

- Hoe vaak wordt de pijn per dag gemeten?
- Door wie wordt de pijn gemeten?
- Wordt de pijn gemeten in rust of tijdens beweging (of beide)?
- Hoe worden de resultaten van de meting gedocumenteerd?
- Is het hoe vaak, door wie en de wijze van documentatie ergens vastgelegd (eenduidig handelen)?

Topic 4A: Haalbaarheid (invloed van organisatorische kenmerken)

- Wordt de pijn in de praktijk ook daadwerkelijk op omschreven wijze gemeten/gedocumenteerd? Waarom wel/niet? Denk hierbij aan organisatorische kenmerken als:
 - Gebrek aan tijd en middelen
 - Niet passen in de dagelijkse routine
 - Vertragingen door het wachten op bijvoorbeeld uitslagen en consultatie (efficiency problemen)
 - Onvoldoende personeel
 - Financiële barrières
- Kan een protocol ondersteunen bij het vergroten van de haalbaarheid? Waarom wel/niet?

Topic 5: Toediening pijnmedicatie

Indien niet gespecificeerd in protocol:

- Wordt pijnmedicatie ook preventief toegediend?
- Zijn er standaarden voor preventieve toediening van medicatie?
- Vanaf welke pijnscore krijgen patiënten wordt er actie ondernomen (aanvullende medicatie)? Is dit een standaard of worden met patiënten individuele doelen (voor de patiënt aanvaardbaar pijnniveau) afgesproken?
- Binnen hoeveel tijd moet dit gegeven worden?

Topic 5A: Haalbaarheid (Invloed van organisatorische kenmerken)

- Zijn de omschreven acties in de praktijk haalbaar? Waarom wel/niet? Denk hierbij aan organisatorische kenmerken als:
 - Gebrek aan tijd en middelen
 - Niet passen in de dagelijkse routine
 - Vertragingen door het wachten op bijvoorbeeld uitslagen en consultatie (efficiency problemen)
 - Onvoldoende personeel
 - Financiële barrières
- Kan een protocol ondersteunen bij het vergroten van de haalbaarheid? Waarom wel/niet?

Bijlage 4: Vragenlijst

Geachte heer/mevrouw,

In het kader van mijn afstudeeronderzoek bestudeer ik in aansluiting op het patiënttevredenheidsonderzoek, het pijnbeleid van de academische ziekenhuizen. Met behulp van de vragen in deze bijlage willen wij meer inzicht krijgen in uw ervaringen met het pijnbeleid voor en na uw operatie. Graag vraag ik hierbij uw medewerking. Het invullen van de vragen neemt ongeveer één minuut in beslag. Uiteraard worden uw antwoorden op de vragen vertrouwelijk behandeld.

Wij willen u bij voorbaat heel hartelijk danken voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Maike Linders
Student Gezondheidswetenschappen

1. De informatie die ik voorafgaand aan de operatie ontvangen heb om mij voor te bereiden op de pijn na de operatie was bruikbaar.
 - niet van toepassing, ik heb geen informatie ontvangen
 - helemaal mee eens
 - mee eens
 - noch eens, noch oneens
 - oneens
 - helemaal mee oneens

2. Hoe vaak per dag hebben medewerkers na de operatie geïnformeerd naar de mate waarin u pijn had?
 - helemaal niet
 - één keer per dag
 - twee keer per dag
 - drie keer per dag
 - meer dan drie keer per dag

3. Hoe lang moest u maximaal wachten op pijnmedicatie wanneer u hier om vroeg?
 - niet van toepassing, ik heb niet om pijnmedicatie gevraagd
 - 5-10 minuten
 - 10-15 minuten
 - 15-30 minuten
 - 30-45 minuten
 - meer dan 45 minuten

Bijlage 5: Gebruikte vragen uit enquête Benchmark project

1. Had u na afloop van de operatie op de uitslaapkamer pijn op de plek van de operatie?

- helemaal niet
- een beetje
- matig
- erg
- heel erg

2. In welke mate heeft u angst gehad om pijn te hebben na de operatie?

- helemaal niet
- een beetje
- matig
- erg
- heel erg

3. In welke mate werd aandacht besteed aan uw klachten, zoals pijn en misselijkheid?

- zeer onvoldoende
- onvoldoende
- matig
- voldoende
- ruim voldoende
- goed
- zeer goed

Bijlage 6: Patiëntinformatie formulier (NFU 2005b)

Patiënteninformatie formulier

Geachte mevrouw, mijnheer,

Vandaag bent u opgenomen voor een operatie in één van de academische ziekenhuizen in Nederland. De operatiecentra van deze ziekenhuizen willen een patiënttevredenheids-onderzoek uitvoeren. Het onderzoek richt zich op de deskundigheid, de service, de bejegening en de informatievoorziening van en door de medewerkers van het operatiekamercomplex (OK-Centrum).

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om aan te tonen hoe uw ervaringen met het operatiecentrum zijn. Hoe tevreden bent u over het operatiecentrum?

Aan welke aspecten wordt door u veel waarde gehecht als het gaat om tevredenheid van de zorgverlening op het OK-Centrum? Deze aspecten zullen het OK-Centrum meer inzicht verschaffen in de punten waarvan de zorgverlening verbeterd kan worden.

Mocht uit het onderzoek blijken dat er acties noodzakelijk zijn om de zorgverlening te verbeteren, dan zullen deze verbeteringen opgenomen worden in het afdelingsbeleid, zodat andere patiënten tevreden klanten kunnen zijn.

Wat houdt het onderzoek in?

Op de dag van uw opname in het ziekenhuis wordt u gevraagd om aan het onderzoek mee te doen. Als u hiermee akkoord gaat dan ontvangt u uiterlijk op de 2e dag na de operatie een vragenlijst om in te vullen. Deze vragenlijst zult u ontvangen op de verpleegafdeling waar u op dat moment bent. Nadat u de vragenlijst heeft ingevuld, kunt u deze in de bijgevoegde antwoordenvolpoe afgeven bij de verpleegpost.

Wat wordt van u verwacht?

Dit onderzoek vraagt van u enige tijdsinvestering om de vragenlijst in te vullen. Het beantwoorden van de vragen in de vragenlijst zal u ongeveer 15 tot 20 minuten kosten. Naar ons beste weten, zijn aan dit onderzoek geen risico's of negatieve effecten verbonden.

Vrijwilligheid van deelname

Uw medewerking aan dit onderzoek is vrijwillig. Als u toestemming geeft om aan dit onderzoek mee te doen, heeft u te allen tijde de vrijheid om op die beslissing terug te komen. U hoeft hiervoor geen verklaring te geven. Het wel of niet meedoen heeft op geen enkele wijze gevolgen voor uw verdere behandeling of de verstandhouding met uw artsen of verpleegkundigen. Neemt u rustig enige bedenktijd voordat u beslist of u meedoet of niet.

Vertrouwelijkheid van gegevens

U kunt ervan verzekerd zijn dat alle gegevens, die tijdens dit onderzoek over u verzameld worden, vertrouwelijk worden behandeld en dat niet bevoegde buitenstaanders geen inzage hebben in uw gegevens. Ook wanneer de resultaten van het onderzoek worden gepubliceerd, bent u niet herkenbaar.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door een onafhankelijk wetenschappelijk onderzoeker, die niet betrokken is bij uw zorg en behandeling op het operatiekamercomplex.

Tot slot

Mocht u naar aanleiding van deze informatie nog vragen hebben, dan kunt u daarmee terecht bij de coördinator van de afdeling waar u bent opgenomen. Zijn of haar naam vindt u onder aan deze brief.

Met vriendelijke groet,

Mw. Drs. M.A.A. Caljouw
Wetenschappelijk onderzoeker
Leids Universitair Medisch Centrum

Bij vragen over dit onderzoek kunt u terecht bij:

Naam:

Bijlage 7: Instructiesheet verpleegkundigen van IKA 1998**RICHTLIJN VOOR UITVOERING PIJNREGISTRATIE**

Doelen van de pijnregistratie:

- de patiënt heeft zijn/haar pijn beter onder controle
- verpleegkundigen en artsen hebben meer inzicht in de ernst van de pijnklachten
- de pijnbestrijding wordt geoptimaliseerd.

*De verpleegkundige vraagt 2 keer per dag aan de patiënt:
Kunt u met een cijfer van 0 tot en met 10 aangeven hoe erg de pijn op dit moment is?
0 wil zeggen dat u geen pijn hebt en 10 is de ergste pijn die u zich kunt voorstellen.*

geen pijn 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7 -- 8 -- 9 -- 10 ergst denkbare pijn

- X Alle patiënten worden tijdens het opnamegesprek door de verpleegkundige op de hoogte gesteld van de pijnmeting. Tevens reikt de verpleegkundige een speciale brief uit met uitleg over de pijnmeting.
- X Elke dag wordt tussen 10.30 en 11.00 uur en om 20.00 uur, indien mogelijk tijdens de routinecontrole van bloeddruk, pols en temperatuur, de pijnmeting verricht. De patiënt wordt de volgende vraag gesteld: kunt u met een cijfer van 0 tot en met 10 aangeven hoe erg de pijn op dit moment is? 0 wil zeggen dat u geen pijn hebt en 10 is de ergste pijn die u zich kunt voorstellen.
- X Nadat de patiënt zijn/haar pijn in een cijfer heeft uitgedrukt, wordt gevraagd of de pijn draaglijk is en of er actie door de verpleegkundige moet worden ondernomen.
- X Het pijnintensiteitscijfer wordt met een groene kleur pen uitgezet in grafiekvorm op de temperatuurlijst (waarop ook T, P, RR, etc. worden geregistreerd). Daarvoor is op de temperatuurlijst een aparte schaalverdeling vermeld voor de pijnintensiteit.
- X Indien een patiënt niet aanwezig is als gevolg van operatie, fysiotherapie etc. of niet in staat is een pijncijfer te geven dan wordt een **N** genoteerd.
- X Tijdens de visite wordt de pijncurve met de arts besproken, zodat het pijnmedicatiebeleid indien nodig kan worden aangepast.

Bijzonderheden:

- X Wanneer een patiënt het moeilijk vindt om zijn pijn uit te drukken in een cijfer kan het helpen te vertellen dat bij weinig pijn een cijfer tussen de 1 en de 4 kan worden gegeven en bij ernstige pijn een cijfer tussen de 7 en de 10.
- X Wanneer een patiënt op meerdere plaatsen pijn heeft, kan het beste worden uitgegaan van de pijn die de patiënt als het ergste ervaart.
- X Sommige patiënten hebben alleen pijn op bepaalde momenten, bijvoorbeeld bij het plassen. In dat geval wordt toch een cijfer gegeven voor de huidige pijn en kan eventueel de pijnpiek net als een koortspiek op de temperatuurlijst worden aangegeven.