

Bijlage voorbeeld

Transitionele Pijn Service Amsterdam UMC, locatie AMC

Overzicht document:

1. Multidisciplinair team
2. Identificatie patiënt
3. Voor de opname
4. Tijdens opname
5. Na opname
6. Kosten/ FTE
7. Toekomstwensen

1. Multidisciplinair team

De Transitionele Pijn Service bestaat uit een multidisciplinair team met meerdere anesthesiologen (twee chronische pijnspecialisten en twee acute pijnspecialisten), een verpleegkundig specialist pijngeneeskunde en een klinisch psycholoog, gespecialiseerd in pijn.

2. Identificatie patiënt

Patiënten die een operatie ondergaan met een hoog risico op het ontwikkelen van chronisch postoperatieve pijn (CPSP) worden bij voorkeur via de preoperatieve screenings (POS)-poli geïdentificeerd, zodat er voldoende tijd is om een gepersonaliseerd, multidisciplinair perioperatief pijnbeleid op te stellen.

Voor de collega op de POS poli is een lijst met criteria ontwikkeld, waarmee patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van CPSP kunnen worden geïdentificeerd. Op deze lijst staan ook de telefoonnummers/ e-mailadressen van de TPS-leden via wie de patiënt kan worden aangemeld voor behandeling door de TPS (figuur 1).

Patiëntgebonden risicofactoren	Hoog-risico operatie:
❖ Pre-existent chronische pijn > 3 maanden ❖ Chronisch opiaat gebruik > 30 MEQ/dag voor 3 maanden (ook voor recreatief gebruik of verslaving) ❖ Gebruik van pijnmedicatie (alle opioïden, anti-epileptica, antidepressiva of medicinale cannabis etc.) ❖ Neurostimulatoren of intrathecale medicijnpomp ❖ Psychosociale co-morbiditeit (depressie, angststoornis, PTSS, pijn catastrofes)	❖ Amputatie ❖ Thoracotomie ❖ Mastectomie ❖ Arthroplastiek ❖ Laminectomie/ spinaalfusie

Figuur 1: Identificatie criteria van patiënten met een verhoogd risico op chronische pijn.

Patienten kunnen ook na de operatie worden geïdentificeerd. Het gaat dan om patienten waarbij de Acute Pijn Service (APS), of de supervisor, verwacht dat er na ontslag problemen zijn omtrent het onder controle brengen/ houden van de pijn, danwel begeleiding nodig hebben bij het afbouwen van pijnstilling.

3. Voor opname

Voorafgaand aan de opname wordt een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd, waarbij pre-, intra-, en postoperatieve adviezen ten aanzien van het perioperatief pijn beleid worden gegeven (figuur 2). Hier wordt een notitie van gemaakt in het elektronisch patientendossier.

MDO Transitionele Pijn Service

Type operatie: Reconstructie complexe litteken breuk vanwege recidief

Voorgeschiedenis: Psychose in voorgeschiedenis

2005 CVA zonder restverschijnselen

2009 DVT, Recidief vaatafsluiting AIC waarvoor stenting

2016 Chronische pijn bij failed back syndroom waarvoor epidurale neurostimulator

Multiplere littekenbreukoperaties, vena porta trombose waarvoor acenocoumarol, COPD

Thuismedicatie: Onder andere; Acenocoumarol, Amitriptyline, Aripiprazol, Baclofen, Clonazepam, Flurazepam, Magnesiumhydroxide, Midazolam, Oxazepam 30mg 3dd, Oxycontin 30mg 2dd, Oxynorm 5 mg 6d zn.

Allergieën: Eenmalige reactie gehad op morfine waarbij jeuk.

Afgesproken op POS-poli: Algehele anesthesie.

Epiduraal niet wenselijk en waarschijnlijk moeilijk --> Wondcatheter (of epiduraal onder doorlichting post-ok)

- Opiaat resistent --> chronisch pijn team postoperatief laten meedenken.

- Gebruikt veel benzodiazepines waaronder clonazepam, oxazepam en dormicum --> cave onttrekking

Preoperatieve optimalisatie adviezen: - Preoperatief polibeziek om proberen de neurostimulator zo in te stellen dat postoperatief het operatiegebied gedekt wordt.

- Uitleg geven omtrent perioperatief pijnbeleid. Hierbij zal ook de optie tot postoperatieve pijnstilling middels een epiduraal worden besproken, waarbij een risico bestaat op infectie met in het ergste geval het verwijderen van de neurostimulator nodig is.

Intra-operatief advies: - Neurostimulator uit zetten perioperatief. Bipolaire diathermie, niet monopolaire!

- Multimodaal pijnbeleid met lidocaïne

- Locoregionaal: QL-blokkade

Postoperatief advies: - Thuismedicatie continueren (behalve oxynorm)

Baclofen kan niet gestaakt worden, patiënte gewend aan combinatie met opioïden

- Start paracetamol 3-4 dd 1000 mg en metamizol 4dd 1000 mg iv

- PCA-dipidolor, eventueel ketanest.

Step up - QL-blokkade herhalen

- Indien nodig en patiënt akkoord (zie preoperatieve adviezen); epiduraal

Dit is wenselijk onder doorlichting op de behandelkamer (dus niet in de dienst). Epiduraal op niveau Th7/8 geen probleem verwacht met neurostimulator (behoudens mogelijk infectierisico). Op Th 8/9 kan het tipje van de katheter geraakt worden.

- Neurostimulator zo in te stellen dat postoperatief het operatiegebied gedekt wordt:

* Let op; patiënte heeft op dit moment een nieuw pijnprobleem erbij; HNP L5-S1, tijdens opname differentiëren tussen soorten pijn.

Voor hulp bij een blokkade; bel het locoregionale sein *58546

Figuur 2: Voorbeeld van preoperatief MDO door de TPS.

4. Tijdens opname

De TPS is tijdens de opname in meerdere fases betrokken:

1. Voorafgaand aan de operatie gaat iemand van de TPS bij de patient langs om vragen over het perioperatieve pijn beleid te beantwoorden, educatie te geven en eventuele angsten/zorgen uit te vragen en indien mogelijk weg te nemen. Daarnaast krijgen patienten in het AMC een 'pijn-informatie' folder (figuur 3). Ook belt een van de TPS-leden met de anesthesioloog die intra-operatief betrokken is om het voorstel van de TPS door te nemen en nog eventuele vragen te beantwoorden.



Figuur 3: Pijn-informatie folder

2. Na de operatie is de APS bij de patiënt betrokken ter evaluatie van het eerder afgesproken pijn management plan. De APS bespreekt de patiënten dagelijks met een TPS-supervisor voor eventuele bijsturing.
3. De TPS overlegt indien nodig met de hoofdbehandelaar en of de huisarts over verdere begeleiding en/of het toewerken naar ontslag.

5. Na de opname

De TPS contacteert de patiënt na ontslag voor follow-up. Het doel is om acceptabele pijn voor de patiënt tijdens herstel te bereiken en opioïden af te bouwen (figuur 4). Indien nodig in overleg met de huisarts, hoofdbehandelaar en/of apotheker. Ook kunnen patiënten verwezen worden naar een psycholoog, fysiotherapeut of chronisch pijn arts. Wanneer na zes maanden behandeling van de TPS,

het doel van acceptabele pijn bij minimaal gebruik van opioïden onvoldoende is bereikt, wordt de patiënt doorverwezen naar een pijnspecialist op de pijnpoli.

Follow-up na ontslag:

17-5-2021: dag 5 na ontslag. Het gaat heel erg goed met patiënt. Voelt erg onwettelijk om de afgelopen 8 dagen zonder pijn rond te lopen. Gebruikt nu nog oxycontin 10 mg 2 dag & oxynorm 10 mg 2 nodig gehad gisteren. Daarnaast nog pregabaline en amitriptyline. B/- Uitgelegd dat stap 1 gaat zijn opiaten afbouwen, daarna gaan we kijken of we amitriptyline en pregabaline eraf kunnen krijgen.

25-5-2021: Zaterdagavond voor het laatst oxycontin genomen. Heeft gisteren anderhalve kilometer gewandeld zonder pijn. Zeer gemotiveerd om nu amitriptyline en pregabaline af te gaan bouwen. Komt zelf al met voorstel om pregabaline te halveren.

B/- Pregabaline afbouwen met 75 mg per week.

Patiënt geeft aan dat hij dit te langzaam vindt gaan. Echter na uitleg geeft hij aan dit toch te gaan volgen. Pregabaline wordt normaal door huisarts voorgeschreven.

- Huisarts gebeld met medicatie-adviezen; zij gaat dit voorschrijven.

8-6-2021: Gaat goed, neemt nu 's morgens en 's avonds 150 mg pregabaline. Gaat dit over 2 dagen opnieuw verlagen met 75 mg 's ochtends en tegelijk 's avonds.

B/- Aangeraden dit langzamer te verlagen met stappen van 75 mg per week ipv 150. Echter geeft patiënt aan dit toch op een sneller tempo te gaan doen.

28-6-2021: gaat hartstikke goed. Heeft pregabaline helemaal afgebouwd

B/- Amitriptyline afbouwen naar 10mg, dit gedurende 3 weken zo houden. Patiënt gaat dit via de huisarts regelen. Opnieuw contact met TPS en indien het dan goed gaat; geheel stoppen.

19-7-2021: Alle pijnmedicatie afgebouwd. Had zich dit leven niet voor kunnen stellen, is erg blij. Einde contact TPS.

Figuur 4: Voorbeeld van follow-up door TPS

6. Kosten (FTE) TPS

	FTE per jaar ($\pm$ 175 patiënten)
Chronische & acute pijn specialist	0,1
Verpleegkundig specialist	0,5
Klinisch psycholoog	0,05

Tabel 1: De kosten in fulltime equivalenten (FTE) van een TPS zoals nu weergegeven in het AMC.

7. Toekomstwensen TPS in het Amsterdam UMC, locatie AMC

1. Rol medisch psycholoog in TPS-team uitbreiden.

* Educatieve film maken en preoperatief beschikbaar stellen voor patiënten

* Optimaliseren patiënten folder

2. Vaste apotheker (ziekenhuis en/of poliklinisch- in het TPS-team).

* Goede afspraken over keuze medicatie: evt. aanpassingen, voorschrijfbevoegdheid, afstemming met openbare apotheken in de regio wie de betreffende medicatie levert, voorlichting pijnmedicatie

* Afstemming herhaalrecept en acceptatiecriteria voor herhaalrecept.

Op patiëntniveau kan de apotheker een rol spelen bij: signalering van (onbedoelde) fouten bij medicatieverificatie m.b.t. pijnmedicatie. Dus bijv. onbedoeld doorgaan van bepaalde medicatie, verkeerde omzetting van morfine equivalenten.

3. Vaste aanspreekpunt fysiotherapie in het TPS-team.

4. Innovaties zoals E-health meer toepassen

Transitional Pain Service (TPS)

