

Zo voorkom je opioïdverslaving op de verpleegafdeling

nursing.nl/praktijk/medicatie/zo-voorkom-je-opioïdverslaving-op-de-verpleegafdeling

April 17, 2023



'Welke niet-medicamenteuze interventies je inzet of aanraadt, hangt van de patiënt en de situatie af. Als je maar wat doet.' (illustratie: Bernet Ragetli)

Gepubliceerd op: 17 april 2023

Praktijk  **Medicatie**

Na een ingreep krijgen veel patiënten opioïden voorgeschreven. Als verpleegkundige kun je veel doen om te voorkomen dat je patiënt hieraan verslaafd raakt. Deskundigen vertellen hoe je dit aanpakt.

Je kent ze wel: patiënten met pijn die haast geen opioïden durven te gebruiken uit angst voor verslaving, en aan de andere kant de patiënten die wel érg vaak op het PCA-pompje drukken. Voor beide groepen kun je veel betekenen als verpleegkundige, vindt Marion Giesberts, pijndeskundige, verpleegkundig onderzoeker en docent aan de Hogeschool Arnhem Nijmegen.

Verhoogd risico op verslaving

Je invloed op opioïdgebruik begint bij een grondige verpleegkundige anamnese. Dat stelt pijnconsulent Thérèse Fokkens. Tegenwoordig palliatieve-zorgverpleegkundige i.o. en pijnconsulent bij zorgorganisatie Activite, maar in 2019 in Alrijne Ziekenhuis in Leiderdorp

betrokken bij de pilot BAM: Bewust gebruik, Afbouwen en Monitoren van oxycodon bij patiënten na een darmoperatie.

‘Idealiter wordt al tijdens de preoperatieve screening bekeken of een patiënt verslavingsgevoelig is, maar helaas is dit niet altijd toereikend. Dan is het aan jou om door te vragen tijdens je anamnese.’

Richtlijn gepast opioïdengebruik

Eind 2022 publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) een richtlijnmodule voor gepast gebruik van opioïden. De werkgroep bestond uit anesthesiologen, verslavingsartsen en een patiëntenvertegenwoordiger – geen verpleegkundigen dus. Verpleegkundigen worden in de module ook niet genoemd.

Een gemiste kans, vindt pijndeskundige Marion Giesberts: ‘Als verpleegkundige heb je juist een essentiële rol als het gaat om gepast opioïdgebrauk.’ (Daarom besteden we er op Nursing.nl wél aandacht aan, met dit artikel.)

De richtlijn vind je hier: Generieke richtlijnmodule gepast opioïdgebrauk, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, 2022

Belangrijk onderdeel van de anamnese is hoe de patiënt omgaat met pijn. Fokkens: ‘Welke ervaringen heeft de patiënt met pijn, bijvoorbeeld bij eerdere ingrepen of ziekenhuisopnames, en pijn door eventuele (chronische) aandoeningen. Hoe ging en gaat de patiënt met pijn om, hoe staat het met zijn copingvaardigheden?’

Is hij mogelijk angstig geworden voor pijn? Hoe reageerden zijn ouders vroeger op pijn: werd daar dramatisch over gedaan of was het “kusje erop, verder spelen”? Dat beïnvloedt allemaal hoe iemand nu op pijn reageert.’

Behalve de houding van de patiënt ten opzichte van pijn, moet je factoren in kaart brengen die verslaving in de hand kunnen werken of daar juist tegen beschermen (zoals een steunend netwerk). Is er al een verslaving (ook roken telt mee), verslavingsproblematiek in de familie, psychiatrische problematiek?

Dat laatste is ook relevant als die problematiek onder controle is, vertelt Fokkens. ‘Een ziekenhuisopname kan immers de opgebouwde psychologische stabiliteit verstoren.’

Verwachtingsmanagement bij pijn

Ongeacht diens verslavingsgevoeligheid verdient elke patiënt goede pijnbestrijding. ‘Essentieel daarbij is goede pijneducatie’, stelt Giesberts. ‘Als patiënten weten hoe pijn ontstaat en wat de pijnbeleving beïnvloedt, dan kun je ze meenemen in een passend pijnbeleid.’

Pijneducatie begint bij verwachtingsmanagement, aldus Fokkens. ‘Het is een misvatting dat pijn na een operatie helemaal weggenomen kan en moet worden. De patiënt moet natuurlijk wel goed kunnen ademhalen, mobiliseren en revalideren. Maar pijn is niet altijd helemaal te voorkomen, én het heeft een signaalfunctie. Veranderde of toegenomen pijn kan een teken zijn van bijvoorbeeld naadlekkage, een nabloeding of een ontsteking in het operatiegebied. Het kan ook duiden op angst of spanning.’

Dat pijn niet altijd helemaal weggenomen hoeft te worden, onderschrijft ook Paul van Wilgen. Van Wilgen is psycholoog/ fysiotherapeut/ medeoprichter bij Transcare, een GGZ-organisatie voor patiënten met chronische pijn en vermoeidheid. ‘Farmaceuten hebben handig ingespeeld op het idee dat je geen pijn mag hebben. Maar dat is gewoon niet waar.’

Zeldzaam door pijneducatie

Met pijneducatie vergroot je de zelfredzaamheid van de patiënt. ‘Je zet zo de patiënt zelf aan het stuur en maakt hem deels verantwoordelijk voor zijn eigen pijnmanagement. Daarvoor moet je patiënten goed voorlichten over verschillende soorten pijn en pijnstilling, zodat ze weten waar ze op moeten letten, wanneer ze aan de bel moeten trekken en waar hun PCA-pomp (patient controlled analgesia) voor dient,’ aldus Fokkens.

‘Met goede voorlichting – bijvoorbeeld in de vorm van een informatiekaart – kun je bijvoorbeeld voorkomen dat een patiënt zijn PCA-pomp gebruikt tegen de vervelende, maar onschuldige spierpijn die sommige ingrepen veroorzaken. Een ander voorbeeld is pijnlijke darmkramp wanneer de darmen postoperatief weer op gang komen. Opioiden werken dan juist averechts vanwege hun obstiperende effect, maar een warme kruik kan wél helpen.’

Niet-medicamenteuze interventies

Dat een pilletje of druk op de pomp niet de enige remedie is tegen pijn, is een boodschap die niet mag ontbreken in pijneducatie. De kruik tegen de eerder genoemde darmkrampen is slechts een van vele niet-medicamenteuze interventies: ademhalingsoefeningen, afleiding (tv kijken, muziek luisteren), een betere houding in bed of juist mobiliseren, fysiotherapie, mindfulness, virtual reality...

‘Welke interventies je inzet of aanraadt, hangt van de patiënt en de situatie af. Als je maar wat doet’, vindt Giesberts. ‘Laat deze mogelijkheden in ieder geval niet liggen.’

‘Neem pijn altijd serieus’

Ondanks al je educatieve inspanningen en niet-medicamenteuze interventies kan een patiënt natuurlijk nog steeds pijn aangeven. ‘Zeker als de werkdruk hoog is, kun je geneigd zijn de patiënt te adviseren nog maar eens op het knopje van de PCA-pomp te drukken’,

weet Fokkens uit de praktijk. ‘Maar dat moet je echt vermijden. Pijn moet je altijd serieus nemen en onderzoeken.’

‘De belangrijkste vraag die je jezelf moet stellen is of de pijn en het opioïdgebruik van de patiënt passen bij de aandoening of ingreep’, adviseert Fokkens.

Vraag de pijn goed uit: welk karakter heeft de pijn, waar zit die, is de pijn veranderd of toegenomen? Controleer of er een logische verklaring is voor de pijn, anders dan de aandoening of ingreep: doet de PCA-pomp het wel? Zit het gips niet te strak? Heeft de patiënt last van een vervelende hechting?

Check verder waarneembare signalen: ziet de patiënt bleek, is hij klam en is de bloeddruk verhoogd? Denk dan aan complicaties zoals een infectie als gevolg van een naadlekkage of een bloeding. Maar vraag ook hoe de patiënt zich voelt; maakt hij zich zorgen, voelt hij zich alleen, gespannen of angstig?

‘Pijn wordt ook beïnvloed door allerlei niet-fysieke factoren, zoals angst, spanning, zorgen’, benadrukt Van Wilgen. ‘Die kun je soms makkelijker beïnvloeden dan de puur fysieke component. Bij een pijnscore van 6 kun je beter eerst goed luisteren en doorvragen dan meteen extra medicijnen te geven.’

Herken opioïdverslaving

Is er geen logische verklaring voor de pijn, en vraagt de patiënt toch herhaaldelijk om pijnstillers? Gebruikt hij de PCA-pomp veelvuldig, terwijl hij ontspannen in bed ligt met goede vitale functies? Dan moeten je alarmbellen voor een beginnende verslaving afgaan, aldus Fokkens. ‘Informeer bij de patiënt: “Ik zie dat u vaak de pijnpomp gebruikt en veel slaapt. Hoe voelt u zich?”

Vermoed je een (beginnende) verslaving, dan is pijneducatie weer van belang, weet Van Wilgen. ‘Leg uit dat bij langdurig gebruik van opioïden hyperalgesie kan optreden: het pijnsysteem raakt ontregeld door sensitisatie, de pijn wordt dus veroorzaakt door de pijnstillers. Meer opioïden gebruiken verergert het probleem dan juist. Afbouwen kan wel tijdelijk extra pijn veroorzaken, goede begeleiding is hierbij essentieel. De patiënt denkt dan al gauw: zie je wel, dat komt doordat ik minder pillen slik. Maar in feite is die pijn een afkickverschijnsel. Dat moet je ook uitleggen.’

Afbouwen van opioïdgebruik

Om in geval van verslaving opioïden af te bouwen stelt de arts een schema op in overleg met de patiënt. Goede psychologische begeleiding is hierbij belangrijk. Als verpleegkundige kun je de patiënt helpen motivatie te vinden voor het afbouwen.

Van Wilgen: 'De knop moet om bij de patiënt, hij moet beseffen dat de pillen hem niet helpen maar juist tegenwerken. Vraag de patiënt wat de pijnmedicatie hem nou eigenlijk oplevert. Benadruk verder de negatieve gevolgen van de medicatie, zoals stemmingsklachten, obstipatie of mist in het hoofd. Geef verder ruimte aan eventuele gevoelens van boosheid of frustratie: patiënten vinden het soms moeilijk te verkroppen dat ze verslaafd zijn geraakt terwijl de medicatie toch was voorgeschreven door een arts.'

Let op stereotypen

Alert zijn op signalen van verslaving is goed, maar Giesberts waarschuwt wel voor stereotypes: 'Het zijn niet alleen mensen die op straat leven die verslaafd raken aan pijnstillers. Het zijn ook de nette zakenmensen die in het verleden cocaïne hebben gebruikt, jonge mensen die zich naast hun studie in het partyleven storten. Maar óók de grijze mevrouw in de bloemetjesjurk. Iedereen kan een verslaving ontwikkelen.'

Fokkens voegt daar nog een waarschuwing aan toe: 'Kijk uit als je iemand classificeert als mogelijk verslaafd of verslavingsgevoelig: ook zij hebben recht op goede pijnstilling. Passende pijnzorg is dan extra belangrijk. Neem een patiënt met verslaving in de geschiedenis die voor een enkeloperatie komt. Dan kan een zenuwblock een goede optie zijn: de eerste 2 tot 3 dagen na de operatie heeft de patiënt geen pijnstilling nodig, en wanneer de zenuwblock begint uit te werken, kun je vaak met minder hoge doseringen toe.'

Samenwerken in de keten

Het grondig uitvragen van pijn kost tijd, maar toch levert dit uiteindelijk meer tijd op, zag Fokkens in de BAM-pilot. 'Voor verpleegkundigen werd het uitvragen een nieuwe routine. Het hielp dat iedereen – specialist, zaalarts, verpleegkundigen, fysiotherapeut – dezelfde voorlichting gaf. Verpleegkundigen waren minder tijd kwijt aan uitleg, patiënten werden zelfredzamer en vanwege het teruggedrongen opioïdgebruik kwam de ontlasting sneller op gang. Maar de grootste motivatie was wel dat de meeste patiënten dankzij de pilot zonder opioïden met ontslag gingen.'

'Wil je op jouw afdeling met gepast opioïdgebruik aan de slag, zorg dan dat iedereen op één lijn zit', adviseert Fokkens. 'Ga na welke vragen gesteld worden bij de preoperatieve screening, check welke informatie de zaalarts geeft bij ontslag, bekijk de voorlichtingsfolder en herschrijf die zo nodig in samenwerking met het pijnteam.'

Iedereen in de zorgketen speelt een rol bij gepast opioïdgebruik. 'Gaat een patiënt op vrijdag met ontslag, dan wordt soms voor de zekerheid toch maar "oxycodon zo nodig" voorgeschreven. Daar kun je een zaalarts op aanspreken: oxycodon is niet bedoeld als zo nodig medicatie.'

Als een patiënt toch met opioïden met ontslag gaat, dan moet dat recept een stopdatum hebben. De huisarts en apotheek moeten dit weten en een afbouwschema krijgen. De apotheek kan misbruik voorkomen door alleen met digitale recepten te werken, per keer een beperkt aantal tabletten mee te geven. Ook de patiënt moet weten dat de opioïden tijdelijk zijn. Vertel dat wanneer de pijn niet onder controle blijft, en afbouwen niet lukt, hij zich op de spoedeisende hulp moet melden – mogelijk is er dan iets anders aan de hand.