Pijn als verpleegprobleem

nivel
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

© 2003 Kavanah, Dwingeloo

Niets uit deze uitgave mag worden gefotokopieerd, noch in enige andere vorm of op enige andere wijze worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Gezien het specifieke karakter van de serie Verpleegkunde Modulair valt deze uitgave buiten de werkingssfeer van de Readerovereenkomst. Daarom kan geen beroep worden gedaan op de Readerovereenkomst en is het overnemen van korte gedeelte(n) uit deze uitgave in readers, bloemlezingen en andere compilatiewerken in strijd met artikel 16, Auteurswet 1912.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave voor eigen gebruik is toegestaan op grond van de artikelen 16B en 17 uit de Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp).

Eerste druk: april 1992
Tweede druk: augustus 1994
Derde druk: augustus 1996
Vierde, geheel herziene druk: voorjaar 2003

Uitgeverij KAVANAH
Eemster 2
7991 PP Dwingeloo

Pijn als verpleegprobleem

Anneke L. Francke, verpleegkundige en sociologe

Programmaleider binnen het themagebied Verpleging en Verzorging bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) te Utrecht. Tevens is zij als docent Zorgkunde verbonden aan de vakgroep Medisch-Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel.

Paul J.W. Vogelaar, verpleegkundige

Werkzaam als coördinator van het Hospice Bethlehem te Nijmegen. Voorheen was hij werkzaam als verpleegkundig specialist bij het Pijnbehandelcentrum van het UMC St Radboud en verpleegkundig consulent/coördinator bij het Ondersteuningspunt Palliatieve Zorg van het Centrum voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ) Nijmegen.

Uitgeverij KAVANAH
Dwingeloo, 2003

Adviseurs

mw. prof.dr. C.M.A. Frederiks, verpleegkundige en epidemioloog
Carla Frederiks volgde de A-opleiding aan de school voor verpleegkundigen van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit. Zij werkte twee jaar als District Health Visitor in de moeder- en kindzorg in Kenia. In Israël behaalde zij een Masters Degree in Public Health. In 1990 promoveerde zij op het proefschrift *Zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen*. Zij werkte in Nederland in verschillende verpleeg- en verzorgingshuizen en bij de GG & GD in Alkmaar.
Zij doceerde aan de universiteiten van Maastricht, Brussel en Nijmegen. In oktober 2000 beëindigde zij haar functie als Hoogleraar Verplegingswetenschap. Zij was voorzitter van de visitatiecommissie HBO-V, die in 2001 het rapport *Take five* uitbracht. Zij is lid van de centrale commissie mensgebonden onderzoek (CCMO), die de Wet Medisch Onderzoek uitvoert.

mw. prof.dr. M. Grypdonck, verpleegkundige
Mieke Grypdonck studeerde na de Grieks-Latijnse humaniora verpleegkunde te Gent en medisch-sociale wetenschappen en ziekenhuisbeleid aan de Katholieke Universiteit Leuven. In 1980 promoveerde ze tot PhD aan de Faculteit Geneeskunde van de University of Manchester. Sinds 1972 is ze werkzaam geweest aan het Centrum voor Ziekenhuiswetenschap van de Katholieke Universiteit Leuven als wetenschappelijk assistent, docent en hoogleraar. Voordien heeft ze functies vervuld als docent in het verpleegkundig onderwijs, als verpleegkundige in een academisch ziekenhuis en als stafmedewerker van de Directie Verpleging. Ze was geruime tijd voorzitter van de kernredactie van *Verpleegkunde,* Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen. Ze heeft verschillende publikaties op haar naam. Thans is ze als hoogleraar Verplegingswetenschap verbonden aan de Universiteit van Gent en de Divisie Verplegingswetenschap van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Redactie

drs. Aart M. Eliens, verpleegkundige en verplegingswetenschapper
Aart Eliens volgde de A- en B-opleiding en studeerde in 1984 af als verplegingswetenschapper aan de toenmalige Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht. Werkte sinds 1984 onder meer in het psychiatrisch ziekenhuis Duin en Bosch te Castricum, de Hogeschool Alkmaar, de Hogeschool Holland te Diemen en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO te Utrecht. Momenteel is hij senior beleidsadviseur bij de AVVV (Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden). Hij heeft een reeks publicaties op zijn naam over diverse onderwerpen. Hij is lid van diverse redactieraden van verpleegkundige tijdschriften en losbladige reeksen.

drs. J.H. de Haan, verpleegkundige en verplegingswetenschapper.
Koos de Haan volgde na het VWO en een jaar Pedagogische en Andragogische Wetenschappen de HBO-V. Korte tijd werkte hij in de algemene gezondheidszorg, waarna hij is gaan werken als verpleegkundige in de zorg aan verstandelijk gehandicapten. In verschillende functies heeft hij dit ongeveer zes jaar gedaan. Na de eerstegraads lerarenopleiding HGZO gevolgd te hebben, is hij vervolgens gaan werken als docent verpleegkunde bij de sector Gezondheidszorg van de Hogeschool Alkmaar. In 1997 studeerde hij af als verplegingswetenschapper. Tijdens de visitatie van de HBO-V's in 2000 en 2001 is Koos als Beleidsmedewerker kwaliteitszorg/Secretaris werkzaam geweest voor de visitatiecommissie. Per 2001 verleent hij diensten via zijn eenmanszaak *Koos de Haan Scholing, Advies en Projecten*. Koos heeft diverse publicaties op zijn naam staan, ondermeer in *Verpleegkunde Modulair.* Daarnaast is hij secretaris van het bestuur van fractie 5 van het AVVV. Bovendien is hij mentor van een verstandelijk gehandicapte man.

Inhoud

Woord vooraf **7**

1 Inleiding **9**

2 Wat is pijn? **11**
1 Definities van pijn 11
2 Pijn in historisch perspectief 12
3 Hoe ontstaat pijn? 14
4 De Poorttheorie 16
5 Psychologische benaderingen van pijn 16
6 Pijnbeleving 18
7 Pijngedrag 20
8 Indelingen van pijn 21
9 Acute pijn 22
10 Chronische benigne pijn 24
11 Pijn bij kanker 25
12 Pijn als verpleegprobleem 27

3 Gegevensverzameling en formuleren van verpleegproblemen **28**
1 Wat moet je weten? 28
2 De pijnanamnese 29
3 Meting van pijnintensiteit 31
4 Pijndagboek 34
5 Formuleren van verpleegproblemen 34
6 Verpleegkundige diagnoses met betrekking tot pijn 36

4 Vaststellen van verpleegdoelen en opstellen van verpleegplan **38**
1 Vaststellen van verpleegdoelen 38
2 Opstellen van verpleegplan 38

5 Interventies bij pijn **41**
1 Farmacologische interventies 41
1.1 Soorten pijnmedicatie 41
1.2 Bijwerkingen van opiaten 44
1.3 Vooroordelen over opiaten 44
1.4 Basisprincipes bij toediening pijnmedicatie 45
1.5 Effectiviteit van pijnmedicatie 47
1.6 Rol van verpleegkundigen bij farmacologische pijnbestrijding 48

2 Psychosociale interventies toepasbaar voor verpleegkundigen 48
2.1 Informatieverstrekking 48
2.2 Begeleiding 50
3 Aanvullende interventies toepasbaar voor verpleegkundigen 52
3.1 Massage 53
3.2 Ontspanningsoefeningen 54
3.3 Afleiding en afleidingstechnieken 55
3.4 Therapeutic Touch 56
3.5 Toepassing van warmte of koude 57
3.6 Zorgen voor sfeer en omgeving 58
3.7 Zorgen voor (nacht)rust 59
3.8 'Eenvoudige, vanzelfsprekende' interventies 59
3.9 Communicatie met de familie en andere hulpverleners 60
4 Enkele interventies door andere disciplines 61
4.1 Zenuwbaanblokkade 61
4.2 Acupunctuur en acupressuur 61
4.3 Fysiotherapeutische interventies 62
5 Interventies vanuit multidisciplinaire pijnteams 63
6 Pijnbestrijding in de palliatieve fase 65

6 Evaluatie van interventies bij pijn 69
1 Evalueren van uitvoering en effecten van interventies 69
2 Rapportage 71

Nawoord 73

Studiehandleiding 75

Literatuur 79

Woord vooraf

Voor u ligt de vierde, geheel herziene druk van *Pijn als verpleegprobleem*. Qua opbouw sluit deze grotendeels aan bij de eerdere drukken uit respectievelijk 1992, 1994 en 1996. Kenmerkend voor die opbouw is dat de stappen van het verpleegkundig proces er in terug te vinden zijn: gegevensverzameling en formuleren van verpleegproblemen (hoofdstuk 3), vaststellen van verpleegdoelen en opstellen van verpleegplan (hoofdstuk 4), interventies (hoofdstuk 5) en evaluatie van interventies (hoofdstuk 6).

Qua inhoud onderscheidt deze vierde druk zich wel in meerdere opzichten van de eerdere drukken. Dit geldt vooral voor het hoofdstuk over interventies bij pijn (hoofdstuk 5), waarin de nieuwste inzichten op het gebied van farmacologische en niet-farmacologische interventies bij pijn zijn verwerkt.
In vergelijking tot eerdere drukken is er meer aandacht voor de wetenschappelijke onderbouwing van interventies. Voor reguliere, veel gebruikte farmacologische middelen geldt dat de effectiviteit daarvan altijd in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond. Voor psychosociale en aanvullende (complementaire) interventies bij pijn is het echter ook belangrijk dat daarvan de effecten in goed opgezette studies worden onderzocht. Dat besef dringt steeds meer in de verpleging door en de aandacht voor evidence-based nursing neemt toe. Evidence-based-nursing wil zeggen dat een verpleegkundige bij het kiezen en uitvoeren van interventies rekening houdt met inzichten uit wetenschappelijk onderzoek (Van Achterberg e.a., 2002), wat uiteindelijk moet resulteren in een betere kwaliteit van zorg. Daarom wordt in deze herziene druk zoveel mogelijk aangegeven in hoeverre er wetenschappelijk bewijs bestaat voor de werkzaamheid van met name psychosociale en aanvullende interventies bij pijn.

Tenslotte onderscheidt deze vierde druk zich door de meer expliciete aandacht voor pijn en pijnbestijding in de palliatieve, terminale fase (zie § 6 in hoofdstuk 5). Mede door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking, zal het aantal mensen met een behoefte aan palliatieve zorg in de komende decennia sterk toenemen (Francke en Willems, 2000). Pijn is in de palliatieve, terminale fase vaak een van de grootste problemen. Omdat bij terminale patiënten de pijnproblemen vaak complex zijn en gepaard gaan met andere lichamelijke klachten en ook met psychosociale en spirituele problemen, verdient dit thema ons inziens speciale aandacht.

Mei 2003

Anneke Francke
Paul Vogelaar

1 Inleiding

Van alle hulpverleners in de gezondheidszorg hebben verpleegkundigen veelal het meest frequent contact met patiënten en daardoor kunnen zij een zeer belangrijk aandeel leveren aan het vaststellen en bestrijden van pijn.'

Bijna elk artikel of boek over de verpleegkundige zorg bij patiënten met pijn begint met een soortgelijke opmerking waarin wordt aangegeven dat verpleegkundigen, dankzij hun intensieve contact met patiënten, zeer belangrijke hulpverleners zijn binnen de multidisciplinaire pijnbestrijding. Hoewel het voor de lezer misschien boeiender was geweest als in deze uitgave met deze traditie was gebroken, hebben wij dat bewust niet gedaan. Het is goed dat verpleegkundigen blijven beseffen dat zij juist vanwege hun contact met de patiënt heel veel mogelijkheden hebben voor effectieve pijnbestrijding. Temeer daar verpleegkundigen soms de neiging hebben hun aandeel in het vaststellen en bestrijden van pijn te onderschatten.

In deze module is veel aandacht voor de rol van de verpleegkundige bij pijn. Zoals we in het Woord vooraf al aankondigden, volgen we daarbij de stappen van het verpleegkundig proces:
- gegevensverzameling en formuleren van verpleegproblemen (hoofdstuk 3)
- vaststellen van verpleegdoelen en opstellen van verpleegplan (hoofdstuk 4)
- interventies (hoofdstuk 5)
- evaluatie van interventies (hoofdstuk 6)

Voordat we deze fasen van het verpleegkundig proces nader uitwerken, wordt eerst (in hoofdstuk 2) het thema pijn in een breder perspectief geplaatst. Zo wordt ingegaan op wat vandaag de dag en ook in het verleden onder pijn wordt of werd verstaan.

Daarna volgt in hoofdstuk 3 de eerste stap van het verpleegkundig proces: gegevensverzameling en formuleren van verpleegproblemen. Ingegaan wordt op hoe verpleegkundigen samen met de patiënt (of diens vertegenwoordiger) de verschillende aspecten van pijn en de beïnvloedende factoren in kaart kunnen brengen. In dit kader bespreken we onder meer verschillende meetinstrumenten die verpleegkundigen kunnen gebruiken.
Tevens komt in dat hoofdstuk aan de orde dat pijn wordt beïnvloed door een

combinatie van lichamelijke, psychische, sociale en spirituele factoren. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 ingegaan op hoe verpleegdoelen en verpleegplannen in relatie tot pijn kunnen worden geformuleerd. Overleg tussen verpleegkundige en patiënt is ook daarbij cruciaal.

Dan komt in het vijfde hoofdstuk de interventiefase aan bod. Daarbij is ruime aandacht voor farmacologische mogelijkheden om pijn te bestrijden, evenals voor psychosociale en aanvullende interventies bij pijn. Het zal duidelijk worden dat naast farmacologische interventies bijvoorbeeld begeleiding en informatieverstrekking door verpleegkundigen van zeer groot belang voor patiënten kunnen zijn. Persoonlijke aandacht, een troostend gebaar, informatie over de mogelijkheden en effecten van pijnbestrijding, kunnen allemaal gevolgen hebben voor de pijn van patiënten.

In hoofdstuk 6 komt de laatste stap binnen het verpleegkundig proces aan de orde: het evalueren van interventies. Hierbij wordt onder andere aandacht besteed aan de noodzaak om zowel de uitvoering als de effecten van interventies bij pijn te evalueren.

Na een persoonlijk nawoord van de auteurs,volgt tenslotte de studiehandleiding. Mede door deze handleiding is deze module uitermate geschikt voor onderwijs over pijn in de verpleegkundige beroepsopleidingen.

Noot:
In verband met de leesbaarheid wordt in deze uitgave naar de verpleegkundige meestal verwezen met 'zij', naar de patiënt met 'hij'. Natuurlijk worden hiermee zowel vrouwelijke als mannelijke verpleegkundigen en patiënten bedoeld.

2 Wat is pijn?

In dit hoofdstuk zullen we ingaan op enkele definities van pijn. Daarnaast wordt ingegaan op verschillende historische opvattingen en hedendaagse benaderingen van pijn. Tevens besteden we aandacht aan pijnbeleving en pijngedrag, evenals aan verschillende soorten en indelingen van pijn.

1 Definities van pijn

Pijn is 'AU!'. Dit is weliswaar een herkenbare, maar ook een te simpele voorstelling van het verschijnsel pijn. Wat pijn is, is moeilijk in een paar zinnen samen te vatten. Dit hangt samen met de complexiteit van pijn: pijn wordt beïnvloed door een wirwar van lichamelijke en niet-lichamelijke factoren. Toch zijn er inmiddels vele definities van pijn ontwikkeld, waarvan waarschijnlijk de meest bekende is:

'Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die verband houdt met feitelijke of dreigende weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van weefselbeschadiging'.

In deze definitie van de International Association for the Study of Pain (IASP, 1979) vind je terug dat pijn kan samenhangen met *feitelijke* weefselbeschadiging, bijvoorbeeld als gevolg van een operatie of een verkeersongeval. De definitie van de IASP geeft tevens aan dat pijn kan samenhangen met *dreigende* weefselbeschadiging: dit is bijvoorbeeld het geval als je je hand legt op een gloeiend hete kachel. Meer impliciet vind je in die definitie ook terug dat mensen soms pijn aan het lichaam voelen en die pijn ook in 'lichamelijke termen' beschrijven, zonder dat er feitelijk sprake is van lichamelijk letsel. Het gaat dan vaak om patiënten met chronische pijnklachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak (meer) is.
Een beperking van de definitie van de IASP is dat er geen expliciete aandacht is voor de subjectieve beleving van pijn. Binnen verpleegkundige literatuur over pijn, wordt behalve naar de voornoemde definitie van de IASP vaak ook verwezen naar een definitie van McCaffery (1979) waarin wel expliciete aandacht is voor de subjectieve dimensie van pijn. Die definitie luidt:

'Pijn is wat de patiënt zegt dat het is en treedt op wanneer hij zegt dat zij optreedt'.

De definitie van McCaffery geeft aan dat de persoon met pijn de enige is die iets over de aard en het bestaan van pijn kan zeggen. Verpleegkundigen zullen de pijn zoals die wordt verwoord door een patiënt, daarom serieus moeten nemen. Het getuigt van arrogantie om te denken dat artsen, verpleegkundigen of andere hulpverleners de autoriteit hebben om te beslissen of een patiënt wel of geen pijn heeft.
In de definitie van McCaffery wordt overigens geen rekening gehouden met het feit dat sommige patiënten, zoals baby's en comateuze patiënten, niet in staat zijn om pijn verbaal te uiten. In die gevallen zijn we sterk aangewezen op observatie van non-verbaal gedrag (bijvoorbeeld kreunen) en signalen en interpretaties van de meest nabije naasten van degene die pijn lijdt. In hoofdstuk 3 komen we daarop terug.

2 Pijn in historisch perspectief

Dat er nog steeds geen alles omvattende definitie van pijn is, betekent niet dat nog weinig nagedacht is over pijn. Verhalen over pijnbeleving en pijnbehandeling kan men reeds aantreffen op Babylonische kleitabletten en op Egyptische papyrusrollen (Van Kleef en Vreeling, 1999).
Ook komt men in de Griekse literatuur uit de vierde en vijfde eeuw voor Christus verhandelingen over pijn tegen (Crul, 1997; Rey, 1993). Zo formuleerden de Grieken die verbonden waren aan de 'school' van het eiland Kos, waarvan Hippocrates de bekendste vertegenwoordiger is, de leer van de vier lichaamssappen (bloed, slijm, gele gal en zwarte gal). Bij een verstoring in de juiste verhouding van de lichaamssappen zou ziekte optreden. Pijn was één van die ziekten, aldus de Grieken.
Voortbordurend op de visie van de oude Grieken, ontwikkelden de Romeinen nieuwe inzichten over pijn. Zo gaf Celsus in de eerste eeuw na Christus als eerste een beschrijving van de verschijnselen van een ontsteking: zwelling, pijn, warmte en roodheid. Pijn werd door Celsus niet als een ziekte, maar als een symptoom van een onderliggend ziekteproces (bijvoorbeeld een ontsteking) beschreven.
In de tweede eeuw na Christus kwam de Romein Galenus op basis van anatomisch onderzoek tot de conclusie dat ziekte en pijn veroorzaakt kunnen worden door aangetaste organen. Mede door deze inzichten werd de theorie over de vier levenssappen door veel van zijn tijdgenoten verlaten en ging men uit van een 'orgaangerichte' benadering. In de visie van Galenus was pijn echter niet alleen een lichamelijk signaal, maar ook een teken van een verandering in de geestesgesteldheid.

Galenus heeft tevens veel invloed gehad doordat hij de Materia Medica heeft geschreven, een verhandeling over negenhonderd pijnstillende stoffen, zoals opium, belladonna en hennep (Crul, 1997).

Het duurde vervolgens vele honderden jaren voordat er nieuwe, baanbrekende inzichten over pijn kwamen. In de 17e eeuw kwam er steeds meer inzicht in de menselijke anatomie. Dit bracht de filosoof Descartes ertoe om een vrij strikte scheiding aan te brengen tussen lichaam en ziel. Uitgangspunt van de 'dualistische' benadering van Descartes is dat het lichaam en de ziel twee aparte zaken zijn, die wel met elkaar samenhangen maar tegelijkertijd wezenlijk verschillen. Pijn was voor Descartes niet iets bijzonders, maar één van de gevoelens (net als bijvoorbeeld verdriet of blijdschap) die door de ziel kunnen worden waargenomen. Aan de hand van een plaatje van een jongetje met zijn voet bij een vuur (zie figuur 2-1), beschrijft Descartes zijn theorie dat wat de ziel zal voelen, direct samenhangt met de ernst van de weefselbeschadiging en met wat de hersenen waarnemen. Ernstige weefselbeschadiging zou een beweging in de hersenen veroorzaken, waardoor in de ziel een gevoel van pijn wordt veroorzaakt.
De ideeën van Descartes hebben tot en met vandaag veel invloed op het denken en handelen bij pijn en leiden tot de volgende handelwijze (Crul, 1997):

- neem de oorzaak van de weefselbeschadiging weg (haal voet uit vuur);
- beïnvloed de gewaarwording van pijn in de hersenen (bijvoorbeeld door pijnstillers).

Figuur 2-1
Voorstelling van Descartes: jongetje met voet in vuur (uit: Metz, 1975)

In de 18e eeuw is er de belangrijke ontdekking van het lachgas waarmee men patiënten onder narcose kan brengen. De 19e eeuw wordt gekenmerkt door een verdere uitbreiding van de kennis over het zenuwstelsel en spectaculaire vorderingen op het gebied van pijnbestrijding. Zo lukt het in het begin van de 19e eeuw om morfine uit ruwe opium te isoleren, terwijl halverwege die eeuw ontdekt wordt dat ether patiënten onder narcose kan brengen. Tenslotte wordt aan het eind van de 19e eeuw voor het eerst aspirine samengesteld (Van Kleef en Vreeling, 1999).

Vanaf het midden van de twintigste eeuw kwam er steeds meer aandacht voor de psychische factoren die pijn beïnvloeden, wat resulteerde in meer samenwerking tussen artsen en psychologen. In 1948 richtte de Amerikaanse anesthesioloog Bonica het eerste multidisciplinaire pijnteam op en luidde daarmee een nieuw tijdperk in. In die dagen waren er grote aantallen oorlogsveteranen. Zij hadden letsels opgelopen die veel pijn bleven doen en waar pijnmedicatie weinig verlichting bij bracht. Bonica ging ervan uit dat complexe pijnklachten beter behandeld kunnen worden binnen een samenwerkingsverband van artsen met diverse specialistische achtergronden en andere disciplines (met name psychologen).
Onder invloed van pioniers als Bonica, werd in 1973 de International Association for the Study of Pain (IASP) opgericht, een multidisciplinaire organisatie die regelmatig congressen over pijn organiseert en van waaruit veel wordt gepubliceerd over pijn- en pijnbestrijding.

Ook Nederlandse anesthesiologen gingen zich in de tweede helft van de 20ste eeuw meer en meer in samenwerking met andere medici en psychologen toeleggen op de bestrijding van complexe pijnklachten. De Nederlandse afdeling van de IASP, namelijk de Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (NVBP), werd in 1975 opgericht.
De NVBP had van meet af aan een multidisciplinair karakter, met anesthesiologen, fysiologen, huisartsen, neurochirurgen, neurologen, psychiaters, psychologen, revalidatieartsen en reumatologen als leden (Crul, 1997). In de afgelopen tien jaar zijn er ook verschillende verpleegkundigen met een wetenschappelijke achtergrond lid geworden van de NVBP; zij vormen echter nog steeds een kleine groep binnen de NVBP.

3 Hoe ontstaat pijn?

Bij veel pijnen, bijvoorbeeld acute pijn ten gevolge van operaties, verkeersongelukken en verbrandingen, speelt weefselbeschadiging een grote rol bij het ontstaan daarvan. Ook bij sommige chronische pijnen speelt weef-

selschade een duidelijke rol, denk daarbij bijvoorbeeld aan pijn bij reumatoïde artritis en chronische pijn bij kanker.
Bij weefselbeschadiging worden de uiteinden van zogenaamde nociceptoren (= zenuwen die gevoelig zijn voor schadelijke prikkels) geprikkeld. Nociceptoren bevinden zich onder meer in huid, bloedvaten, onderhuidse weefsels, spieren, bindweefsels, buikvlies, ingewanden en gewrichten. Nadat de uiteinden van nociceptoren geprikkeld zijn, worden via zenuwbanen die naar het ruggenmerg gaan en vervolgens opstijgen naar de hersenen signalen doorgegeven aan verschillende hersengebieden. De snelheid waarmee die signalen voort geleid worden, hangt samen met de dikte van de betrokken zenuwvezels en de mate waarin ze van een mergschede voorzien zijn. Dunne vezels zonder mergschede geleiden signalen langzaam, terwijl de iets dikkere vezels met schede dat sneller doen.
Dunne, langzaam geleidende vezels zonder mergschede, worden C-vezels genoemd. De iets dikkere, sneller geleidende vezels met mergschede, worden 'A-delta-vezels' genoemd.
Prikkeling van de A-delta-vezels leidt tot de zogenaamde primaire (of 'snelle') pijn. Deze bestaat uit een felle, kortdurende pijnscheut die goed is te lokaliseren en die men bijvoorbeeld bij een verwonding voelt. Secundaire (of 'langzame') pijn treedt op als de C-vezels worden geprikkeld. Die pijn ontstaat langzaam en is van een vervelende, zeurende en doffe aard. Secundaire pijn is minder goed te lokaliseren en duurt ook langer. De meeste pijnproblemen betreffen een mengeling van primaire en secundaire pijn (Van Kleef en Vreeling, 1999).

Uit het voorgaande blijkt dat weefselbeschadiging een rol kan spelen bij pijn. Er mag echter nooit eenvoudigweg gesteld worden dat 'pijn het gevolg is van weefselbeschadiging'. Deze bewering stemt niet overeen met de feiten, kan lang niet alle pijnen verklaren en tot verkeerde interventies leiden. Bij veel voorkomende chronische pijnen, zoals hoofdpijn en rugpijn, is er vaak geen sprake van aantoonbare weefselschade. Ook bij vele andere pijnsyndromen is de aanwezigheid van weefselbeschadiging vaak onduidelijk, denk daarbij onder meer aan fantoompijn (= pijn die gevoeld wordt op de plaats van een geamputeerd lichaamsdeel). Verder kan het zijn dat de pijn is begonnen na weefselbeschadiging, maar nog voortduurt als de weefselbeschadiging niet meer (aantoonbaar) aanwezig is. Dit geldt bijvoorbeeld voor sommige vormen van het Complex Regionaal Pijn Syndroom (CRPS), een groep chronische pijnen die vaak ontstaan na een ongeluk of ander trauma. Bij CRPS wordt de pijn veelal slechts aan een beperkt deel van het lichaam gevoeld (bijvoorbeeld aan voet, hand of een deel van een been) en spelen meestal ook veel andere problemen een rol (vergroeiingen, motorische problemen, oedeem, abnormale temperatuur en neurologische veranderingen).

4 De Poorttheorie

De Poorttheorie van Melzack en Wall (1965) is een theorie die een verklaring probeert te bieden waarom er geen één-op-één-relatie is tussen pijn en weefselbeschadiging. Deze theorie dankt haar naam aan de opvatting dat bij de intredeplaats van zenuwvezels in het ruggenmerg een soort poortmechanisme werkzaam is, dat bepaalt of signalen van schadelijke prikkels wel of niet doorgegeven worden aan de hersenen.
Volgens de Poorttheorie kan pijnbeheersing onder meer worden bereikt door het wrijven over of het drukken op een beschadigd lichaamsdeel. Dergelijke drukprikkels hebben als het ware 'voorrang' en maken dat de 'poort' zich sluit voor de signalen van schadelijke prikkels. Dit is iets wat een patiënt zelf meestal onbewust bewerkstelligt door het masseren van en drukken op een pijnlijke plek.
Verder wordt er in de Poorttheorie vanuit gegaan dat vanuit de hersenen afdalende zenuwbanen invloed hebben op de mate waarin de 'poort' open staat voor schadelijke prikkels. Daardoor kan onder meer verklaard worden waarom psychische kenmerken, zoals angst of depressie, invloed hebben op pijn.

Hoewel de in de jaren '60 ontwikkelde Poorttheorie nog steeds een bruikbaar kader biedt om uit te leggen hoe schadelijke prikkels bewerkt worden, nemen pijndeskundigen inmiddels wel aan dat dergelijke processen ingewikkelder zijn dan de Poorttheorie beschrijft. Zo zou de bewerking van die prikkels niet alleen in de intredeplaats van prikkel geleidende zenuwen in het ruggenmerg plaatsvinden, maar op alle niveaus van het centrale zenuwstelsel (Van Kleef en Vreeling, 1999).

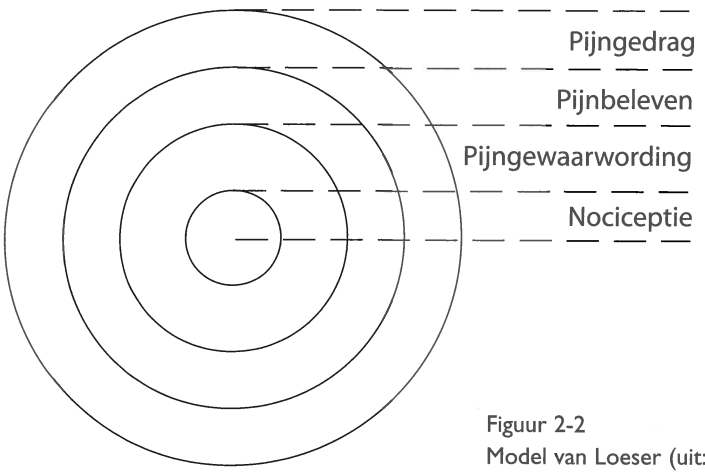
5 Psychologische benaderingen van pijn

Vanuit psychologische hoek zijn er eveneens theorieën over pijn ontwikkeld, vooral met betrekking tot chronische pijn zonder duidelijke lichamelijke oorzaak (zie bijvoorbeeld Van Kleef en Vreeling, 1999; Vrancken, 1990; Metz, 1975).
In het nu volgende beperken we ons tot de momenteel meest invloedrijke psychologische benaderingen van pijn: de cognitieve en gedragmatige benaderingen, die vaak met elkaar gecombineerd worden en ten grondslag liggen aan zogenaamde cognitief-gedragsmatige behandelingen.

Binnen de *cognitieve benadering* wordt er vanuit gegaan dat chronische pijn een gevolg is van stoornissen in het cognitief functioneren, in de zin van de

waarnemingen die de mens doet en de interpretatie van die waarnemingen. Wanneer een persoon waarneemt, interpreteert deze allerlei prikkels. Ook prikkels die vanuit het eigen lichaam komen worden door het individu, voor een belangrijk deel onbewust, geïnterpreteerd. De interpretaties en de conclusies die hij of zij daarbij trekt zijn zeer subjectief, omdat de eigen pijn moeilijk met die van andere personen vergeleken kan worden. Onjuiste interpretaties en conclusies (bijvoorbeeld 'ik moet zo min mogelijk activiteiten ondernemen, omdat anders de pijn steeds erger wordt') liggen dan voor de hand (Van Kleef en Vreeling, 1999).

Binnen de *gedragsmatige benadering* wordt chronische pijn opgevat als een vorm van aangeleerd gedrag. Veel aspecten van (pijn)gedrag leert het individu onbewust aan. Doordat de pijnlijder zich constant bevindt in een situatie van elkaar versterkende of verzwakkende prikkels (stimuli), leert deze (pijn)gedrag aan zonder het zelf te beseffen. Heel simpel samengevat komt dit er op neer dat de patiënt zich gewaar wordt van pijn, daar een bepaalde beleving bij heeft en dit door bepaalde gedragingen laat merken aan andere mensen. Vervolgens reageert de omgeving op die pijn door de mens met pijn bijvoorbeeld liefdevolle aandacht te geven of juist te negeren. De patiënt reageert daar weer op door nog meer pijn, de omgeving reageert daar weer op, et cetera. De gedragsmatige benadering gaat ervan uit dat wil men veranderingen in (pijn)gedrag bereiken, de patiënt stil moet staan bij de sociale gevolgen van het gedrag, want die houden het immers in stand. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat pijngedrag aangeleerd is en dus ook afgeleerd kan worden.
Binnen met name de gedragsmatige benadering wordt vaak uitgegaan van het zogenaamde *Model van Loeser,* ook wel de Cirkel van Loeser genaamd. In dat model wordt een relatie gelegd tussen prikkels, gewaarwording, beleving en gedrag (zie figuur 2-2).



Figuur 2-2
Model van Loeser (uit: NVBP, 1990)

Het model van Loeser bestaat uit vier cirkels. De kleinste cirkel stelt de *nociceptie* voor. Het begrip nociceptie heeft betrekking op de processen in het lichaam waarbij schadelijke prikkels worden omgezet in zenuwsignalen. Als er alleen sprake is van nociceptie, is de persoon in kwestie zich nog niet gewaar dat hij/zij pijn heeft. Daarvan is pas sprake in de tweede cirkel, die staat voor de *pijngewaarwording*.
Wanneer men de pijn gewaar is, zal men de pijn ook op een bepaalde manier ervaren of beleven. Dit brengt ons bij de derde cirkel: *de pijnbeleving* (zie § 6).
De pijnbeleving geeft aanleiding tot een bepaald *pijngedrag* (de vierde, buitenste cirkel). Het pijngedrag omvat alle verbale en non-verbale gedrag waaruit een andere persoon kan afleiden dat er sprake is van pijn (zie § 7). Pijngedrag kan blijven bestaan ook als er van nociceptie geen sprake meer is.

Inzichten uit de cognitieve en gedragsmatige benaderingen worden in de hedendaagse pijnbestrijding vaak met elkaar gecombineerd in zogenaamde *cognitief-gedragsmatige* behandelingen, die vooral door psychologen en binnen multidisciplinaire pijnteams veel worden uitgevoerd. We komen daarop terug in hoofdstuk 5 (§ 5). Bepaalde onderdelen van cognitief-gedragsmatige behandelingen, bijvoorbeeld het gebruik van ontspanningsoefeningen (zie hoofdstuk 5, § 3.2), worden soms ook door individuele verpleegkundigen gebruikt in de begeleiding van patiënten bij pijn.

6 Pijnbeleving

Zoals reeds gezegd, de pijnbeleving is subjectief en kan voor ieder individu verschillend zijn. Wat de één als onacceptabele pijn ervaart, vindt de ander slechts matige pijn. Dit komt doordat de pijnbeleving sterk wordt beïnvloed door onder meer:

- *lichamelijke factoren,* zoals vermoeidheid en misselijkheid waardoor de pijnbeleving in negatieve zin beïnvloed wordt;
- *psychische factoren,* zoals angst, spanning, machteloosheid, depressie en boosheid, die de beleving van pijn eveneens ongunstig beïnvloeden. Overigens kunnen deze gemoedstoestanden pijn ook mede veroorzaken, of juist het gevolg zijn van pijn. Ook slechte ervaringen met pijn uit het verleden die niet geheel zijn verwerkt, kunnen de beleving van de huidige pijn negatief beïnvloeden;
- *sociale factoren,* zoals eenzaamheid en gebrek aan sociale ondersteuning, kunnen eveneens een negatief effect hebben op de pijnbeleving. Vooral patiënten die al heel lang pijn hebben voelen zich vaak eenzaam en

geïsoleerd. De omgeving voelt zich vaak onzeker tegenover degene die pijn lijdt, waardoor het isolement nog wordt versterkt. Ook sociale factoren die samenhangen met werk of maatschappelijke verplichtingen kunnen invloed hebben op de pijnbeleving. Iemand die het heel druk heeft op zijn of haar werk zal soms weinig of geen last hebben van bijvoorbeeld een blessure. Pas als men het minder druk heeft en zich ontspant, kan de pijn in alle hevigheid tot iemand doordringen. Een duidelijk voorbeeld daarvan vindt men terug in het krantenbericht over de pijn van een ex-staatssecretaris (zie figuur 2-3);

- *spirituele factoren:* met spirituele factoren bedoelen we in dit geval factoren die te maken hebben met het geven van een bepaalde 'zin', betekenis aan pijn. Hoewel spiritualiteit breder is dan religie, kan de betekenis die iemand geeft aan pijn wel religieus gekleurd zijn. Voordat in de jaren '60 en '70 de ontkerkelijking in Nederland doorzette hadden pijn en andere vormen van lijden voor veel mensen een duidelijke betekenis: het kon de mensen dichter bij God brengen en soms werd pijn ook gezien als een straf van hogerhand (Crul, 1997). Echter ook vandaag de dag zijn er mensen (denk daarbij bijvoorbeeld aan de groeiende groep moslims in Nederland) die pijn vanuit hun geloof een bepaalde betekenis geven. De pijn kan daardoor als dragelijker ervaren worden, of - als men pijn associeert met straf - juist als minder dragelijk. Ook mensen die geen aanhanger zijn van een traditionele godsdienst, maar bijvoorbeeld een humanistische oriëntatie hebben of die zich geïnspireerd voelen door ideeën uit de 'new age beweging' kunnen pijn soms een bepaalde zin geven. Bijvoorbeeld door er vanuit te gaan dat pijn kan bijdragen tot innerlijke groei, wat de pijnbeleving ook zal beïnvloeden;
- *de duur van de pijn:* wanneer pijn nog maar kort aanwezig is wordt deze vaak als veel minder storend of ingrijpend ervaren dan wanneer dezelfde pijn weken, maanden of jaren voortduurt en bijvoorbeeld leidt tot verlies van mobiliteit;
- *het beeld dat een patiënt heeft van de achterliggende aandoening:* vooral kanker wordt, in zeer veel gevallen onterecht, geassocieerd met ondraaglijke, niet te bestrijden pijn en een onafwendbare dood. Dit kan invloed hebben op de beleving van pijn. Zo kan pijn die het gevolg is van een botbreuk door een verkeersongeval als licht ervaren worden, terwijl pijn bij een botbreuk op dezelfde plaats die veroorzaakt wordt door metastasen, als ondraaglijk kan worden ervaren.

Vliegenthart voelt pijn Salt Lake City

Tijdens de Olympische Winterspelen van Salt Lake City werd de toenmalige staatssecretaris van Sport, Margo Vliegenthart, bij een middagje skiën in Park City 'midscheeps' geraakt door een Amerikaanse snowboardster. De bewindsvrouw van VWS kwam met de schrik vrij, zoals dat heet. Ze trok daarna weer enthousiast langs de pistes en ijsbanen, met een stevig blauw oog en pijnlijke ledematen.

De adrenaline van het vak van sport- en zorgminister deed haar de blessures van februari snel vergeten, maar toen de PvdA-politica deze zomer, na de verkiezingsnederlaag, van het regeringspluche verdween en het lichaam zich ontspande, kreeg ze plotseling last van ernstige pijn. Bij de fysiotherapeut aangekomen bleek Vliegenthart drie verschoven rugwervels en een scheefstaand bekken te hebben. Dat kon, zei de therapeut, slechts het gevolg zijn van een serieuze harde klap: de knal van Park City, concludeerde Vliegenthart.

Margo Vliegenthart FOTO ANP

In Turku verscheen zij afgelopen weekeinde bij de Davis Cupwedstrijd Finland – Nederland als kersverse vice-voorzitter van de tennisbond KNLTB. Om haar middel droeg ze een verstevigende band om de wervels op de plaats te houden. De manueel therapeut heeft vakwerk verricht, maar de herinnering aan Salt Lake City en het zestienjarige meisje op een scherp snowboard draagt Vliegenthart nog wel wat maandjes mee.

Figuur 2-3
Bericht uit de Volkskrant van 23-09-2002

7 Pijngedrag

Pijngedrag zou je kunnen omschrijven als dat wat je van een patiënt hoort of ziet en wat wijst op pijn. Pijngedrag is te onderscheiden in verbaal en non-verbaal gedrag. Verbaal pijngedrag is het praten over de pijn. Non-verbaal pijngedrag kan bijvoorbeeld huilen, kreunen, zuchten en schreeuwen zijn. Andere vormen van non-verbaal pijnbedrag kunnen zijn: in zichzelf terugtrekken, stil en onbeweeglijk in bed liggen, krampachtig aanspannen van aangezichtsspieren, trekken van de mond, onrustig draaien en woelen in bed, vuisten ballen, specifieke houdingen aannemen die de pijn verminderen, overvloedig transpireren, flauwvallen, misselijkheid en braken en veranderingen in polsfrequentie en bloeddruk.

Pijngedrag wordt onder meer beïnvloed door:

- *de pijnbeleving* (zie hiervoor);
- *sociale omstandigheden:* pijngedrag van één en dezelfde persoon, is mede afhankelijk van de omstandigheden waarin men verkeert. Bijvoorbeeld

iemand die in een sociaal isolement verkeert, zal in het algemeen pijn minder verbaal uiten dan iemand die omgeven wordt door familie of hulpverleners die regelmatig informeren naar de pijn;
- *culturele verschillen:* pijngedrag wordt beïnvloed door de cultuur waar een patiënt deel van uit maakt. Zo is bekend dat mensen afkomstig uit Zuid-Europa hun pijn veelal meer en heftiger uitspreken dan mensen uit West-Europa. De laatsten hebben in het algemeen meer de neiging om de pijn voor zichzelf te houden en zich terug te trekken.

Sommige mensen, zoals heel jonge kinderen, ernstig verstandelijk gehandicapten en dementerende mensen, zijn niet of minder goed in staat om hun pijn in woorden te beschrijven. Dit betekent echter zeker niet dat zij geen pijn ervaren. Daarom moet je bij die bij mensen extra letten op non-verbaal gedrag, zoals een verkrampte houding, terugtrekken, kreunen of huilen.
Een heel bijzondere groep betreft comateuze patiënten. Zij vertonen het minste pijngedrag van alle patiënten. Dit impliceert echter absoluut niet dat zij geen pijn kunnen hebben of dat pijnbestrijding niet noodzakelijk zou zijn.

8 Indelingen van pijn

Er zijn zeer veel verschillende pijnen. Het was makkelijk geweest als we die pijnen hadden kunnen indelen op grond van hun oorzaak en ontstaansmechanismen. Het probleem is echter dat we het mechanisme achter de pijn vaak niet goed weten, behalve bij 'alledaagse' pijnen zoals bij verwondingen of ontstekingen. Deze onwetendheid heeft er mede toe geleid dat er veel indelingen van pijn in omloop zijn. Enkele voorbeelden zijn (Van Cranenburgh, 2000):
- *plaats van de pijn:* hoofdpijn, nekpijn, schouderpijn, buikpijn, rugpijn enzovoort. Het is natuurlijk altijd zinvol om de plaats waar de pijn gevoeld wordt aan te duiden. Deze indeling zegt echter helemaal niets over de oorzaak of het ontstaansmechanisme;
- *plaats van oorsprong:* somato-, viscero-, neuro- of psychogeen. 'Geen' komt van 'genese', wat 'zijn oorsprong hebbend' betekent. Somatogene pijn is pijn die ontstaat door prikkeling van de uiteinden van zenuwen in de huid of het bewegingsapparaat. Viscerogene pijn ontstaat door prikkeling van zenuwuiteinden in de ingewanden. Bij neurogene, ook wel neuropatische pijn genoemd, zit de oorzaak in het zenuwstelsel zelf. Bij neurogene pijn vindt meestal geen prikkeling plaats aan de zenuwuiteinden, maar ergens onderweg (hersenwaarts) in het zenuwstelsel. Bij psychogene pijn worden problemen in de leefwereld van de patiënt door de hersenen in pijn vertaald. In de praktijk wordt de diagnose psychogene

pijn vaak gesteld na uitsluiting van lichamelijke oorzaken. Dit is echter onjuist: het uitsluiten van alle andere mogelijkheden is praktisch onmogelijk;

- *somatisch/lichamelijk versus psychisch:* hoewel deze indeling (vaak onbewust) nog door artsen, verpleegkundigen en anderen wordt gehanteerd, is deze eveneens niet goed bruikbaar. Deze indeling suggereert een tweedeling die niet bestaat: bij pijn spelen altijd lichamelijke en niet-lichamelijke factoren een rol;
- *nociceptief versus niet-nociceptief:* de term nociceptief duidt op de aanwezigheid van weefselbeschadiging. Met het oog op het kiezen van juiste interventies bij pijn is het zinvol om na te gaan of weefselbeschadiging (waarschijnlijk) een rol speelt. Omdat niet altijd duidelijk is of er al dan niet sprake is van weefselbeschadiging is dit onderscheid ook niet ideaal;
- *acuut versus chronisch:* dit betreft een veel gehanteerde, maar tegelijkertijd een zeer globale en weinig zeggende indeling;
- *benigne versus maligne:* ook het onderscheid tussen benigne en maligne wordt in het kader van (chronische) pijn veel gehanteerd. In § 10 en 11 komen we daar nog op terug.

9 Acute pijn

Acute pijn treedt meestal op na (dreigende of feitelijke) weefselbeschadiging. Deze pijn is vaak een zinvol waarschuwingssignaal: de kachel is heet, dus we trekken onze hand terug. Veel vormen van acute pijn zijn een symptoom van een aandoening en geven een signaal af wat mensen er toe brengt om medische hulp te zoeken. Vanwege de symptoom- of signaalfunctie wordt acute pijn door veel hulpverleners en patiënten in zekere zin gewaardeerd. Hoewel de meeste acute pijnen niet overgaan in chronische pijn, kunnen zij wel hun sporen nalaten. Zij kunnen een zogeheten 'pijngeheugen' vormen (Crul, 1997). Het mechanisme van het pijngeheugen wordt verklaard door het feit dat aanhoudende, acute pijn veranderingen teweegbrengt in het zenuwstelsel. Daar treden verstoringen op in terugkoppelcircuits die er verantwoordelijk voor zijn dat prikkels die normaal niet pijnlijk zijn, toch als pijnlijk worden ervaren. Met als gevolg dat de achtergrondruis van pijn die altijd wel op de één of andere manier in ons leven aanwezig is - spierpijn, hoofdpijn, nekpijn - maar zich doorgaans niet zo sterk aan ons opdringt, zich duidelijker doet gelden door een groter, gevoeliger bewustzijn voor pijn. Dit mechanisme is te vergelijken met de verscherpte reactie van mensen bij wie in huis is ingebroken. Na zo'n inbraak blijken de meesten veel gevoeliger voor 'vreemde geluiden' die ze voor die tijd niet opmerkten of waaraan ze geen negatieve betekenis hechtten. De wetenschap

dat een pijngeheugen kan ontstaan en zich ook nog verder kan ontwikkelen, is een reden te meer om acute pijn - ook als deze zich vroeg in een mensenleven voordoet - zeer serieus te nemen en zo goed mogelijk te behandelen (Crul, 1997).

Er zijn zeer veel vormen van acute pijn, te veel om hier allemaal te kunnen noemen. Veel voorkomende acute pijnen zijn bijvoorbeeld: pijn na een verkeersongeluk of ander trauma, pijn als gevolg van verbranding, kiespijn, bevallingspijn, pijn bij een hartinfarct of bij een ontsteking.

Ook *postoperatieve pijn* is een belangrijk voorbeeld van acute pijn. Iedere operatie brengt weefselbeschadiging met zich mee: zowel bij kleine, oppervlakkige ingrepen aan de huid, als bij grote, diepe ingrepen aan organen.
Of postoperatieve pijn optreedt wordt door een aantal factoren beïnvloed, evenals de kwaliteit, intensiteit en duur van postoperatieve pijn. De postoperatieve pijn die de patiënt ervaart hangt in grote mate samen met de wisselwerking tussen lichamelijke, psychische, sociale en spirituele kenmerken. Ook de operatie zelf is een belangrijke factor. De plaats, aard en duur van de operatie, de soort incisie die gemaakt wordt, bepalen mede de mate van postoperatieve pijn. Bepaalde operaties geven meer pijnklachten dan andere. Operaties van de bovenbuik of thorax leiden postoperatief tot meer pijnklachten dan bijvoorbeeld operaties aan de voet of hand. Hoe een patiënt psychisch, lichamelijk en medicamenteus voorbereid wordt op een operatie is een volgend aspect dat bepalend is voor de ervaren postoperatieve pijn.
Postoperatieve pijn kan ook samenhangen met de aanwezigheid van al dan niet ernstige *complicaties* als gevolg van de operatieve ingreep. Verder bepaalt de toepassing van anesthesie voor, tijdens en na de operatie eveneens in grote mate in hoeverre postoperatief pijn ervaren wordt. En tenslotte is de kwaliteit van de postoperatieve zorg natuurlijk zeer belangrijk. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op verschillende farmacologische en niet-farmacologische interventies die in dit verband mogelijk zijn.

Het is overigens bekend dat postoperatieve pijn in veel gevallen onderbehandeld wordt (Francke, 1996). Dit zou kunnen komen doordat pijn na een operatie door zowel patiënten, als door artsen en verpleegkundigen, vaak gezien wordt als 'iets normaals wat er nou eenmaal bij hoort'. Dit impliceert echter niet dat postoperatieve pijn dan maar genegeerd moet worden of dat er geen interventies zouden moeten plaatsvinden. Veel mensen houden langdurig pijn na chirurgische ingrepen en alleen al om deze reden moet aandacht worden gegeven aan postoperatieve pijnbestrijding. Ook in verband met het 'pijngeheugen' (zie hiervoor), is het van belang dat postoperatieve pijn goed bestreden wordt.

Effectieve postoperatieve pijnbestrijding is ook belangrijk in het kader van het voorkomen van complicaties. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld bij beweging veel pijn heeft, kan hij of zij 'als een plank' in bed liggen. Immobiliteit verhoogt echter de kans op trombose, urineretentie en constipatie. Pijn bij de ademhaling geeft eveneens kans op complicaties doordat deze pijn resulteert in een oppervlakkige ademhaling, waardoor het gevaar van een postoperatieve pneumonie toeneemt.

10 Chronische benigne pijn

Er is in de praktijk en in de pijnliteratuur geen eenduidigheid over hoe lang pijn geduurd moet hebben, voordat men deze chronisch kan noemen. Meestal houdt men een grens aan van 3 of 6 maanden.
Zoals reeds gezegd wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen chronische maligne pijn, dat wil zeggen chronische pijn als gevolg van een kwaadaardige tumor of metastasen (zie volgende paragraaf), en chronische benigne pijn. Benigne pijn betekent letterlijk 'goedaardig' en deze term wordt gebruikt om chronische pijnen aan te duiden veroorzaakt door weefselbeschadiging die niet het gevolg is van kanker, of chronische pijnen waarvoor geen aantoonbare lichamelijke oorzaak (meer) is. De term 'benigne' is eigenlijk niet gelukkig gekozen, want chronisch benigne pijn is voor veel patiënten een grote en vaak langdurige kwelling.
Er zijn veel soorten chronische benigne pijn: bijvoorbeeld chronische vormen van lage rugpijn, nekpijn, gewrichtspijn of aangezichtspijn. Ook het in een van de vorige paragrafen genoemde Complex Regionaal Pijn Syndroom (CRPS; zie § 3) wordt vaak tot chronische benigne pijn gerekend. Karakteristiek voor chronische pijnen is dat ze meestal zeer complex zijn en weinig of niet reageren op bestaande medische interventies. De laatste jaren wordt veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de oorzaken, gevolgen en behandeling van chronisch benigne pijn, met name door de Pijnkenniscentra in enkele Universitaire Medische Centra.
Bij chronische benigne pijn is de signaal- en waarschuwingsfunctie veel minder duidelijk dan bij acute pijn of chronische maligne pijn. Chronische pijn wordt daarom door velen als zinloos beschouwd. Toch wordt chronische pijn, en dan vooral chronische benigne pijn, soms ook opgevat als een signaal, maar dan meer een signaal van een verstoring van intermenselijke relaties (Van Cranenburgh, 1997; Metz, 1975; Vrancken, 1990). Omdat pijn vervolgens ook weer bij kan dragen aan een verdere verstoring van die intermenselijke relaties, ontstaat soms een 'pijnlijke' kringloop, zie casus.

Casus
Mevrouw Jongerius (48 jaar) heeft sinds ongeveer vijf jaar medisch onverklaarbare onderbuiksklachten, die het laatste jaar sterker zijn gaan opspelen. Het echtpaar Jongerius is (ongewenst) kinderloos.
De buikpijn begint 's morgens, zodra mevrouw overeind komt en gaat de hele dag door. Pijnstillers helpen niet afdoende en een kijkoperatie heeft niet uit kunnen wijzen waar de klachten vandaan komen.
Behalve pijn, heeft mevrouw Jongerius nog andere klachten. Mevrouw zit al enkele jaren in de overgang en ze heeft veel last van opvliegingen. Ze heeft een parttime baan als secretaresse, maar sinds een klein jaar zit ze vanwege haar pijnklachten ziek thuis. Alle huishoudelijke taken worden momenteel door meneer Jongerius verricht. Het echtpaar is al lang niet op vakantie geweest omdat de pijn van mevrouw hen aan het huis kluistert. Van de hobby van meneer (vissen) is de laatste tijd ook niet veel gekomen. Dit alles geeft spanningen tussen het echtpaar, waarbij er ook nog seksuele problemen zijn omdat vrijen extra pijn geeft.
De huisarts weet niet goed raad met de pijnklachten. Hij vermoedt dat de pijn samenhangt met spanningen in de echtelijke relatie en de levensfase waarin mevrouw zit (overgang, dus definitieve onvruchtbaarheid). Recent heeft hij mevrouw verwezen naar een multidisciplinair pijnteam, in de hoop dat men daar meer inzicht zal krijgen in de factoren die ten grondslag liggen aan de pijn.

11 Pijn bij kanker

Veel patiënten met kanker hebben langdurig pijn. Geavanceerde kankerbehandelingen voegen vaak jaren aan het leven toe, maar dit kunnen helaas ook jaren zijn met veel lichamelijke problemen en pijn. Pijnbestrijding bij kanker krijgt dan ook terecht de laatste tijd veel aandacht. Pijn bij kanker kan als volgt ingedeeld worden (Van Kleef en Vreeling, 1999):

- *pijn door de primaire tumor en/of metastasen:* tumoren kunnen een pijnlijke druk op of irritatie van zenuwen geven. Ook kunnen gezwellen ingroeien in zenuwen, evenals in botten, weke delen of ingewanden, wat vaak gepaard gaat met erge pijn. Daarnaast kan pijn veroorzaakt worden door ulceratie en/of infectie van de tumoren. Tevens kunnen tumoren een pijnlijke verhoogde druk in de hersenen veroorzaken. Wanneer pijn door de primaire tumor en/of metastasen een langdurig karakter heeft spreekt men vaak over *chronische maligne pijn;*
- *pijn door de behandeling van de kanker, ook wel iatrogene pijn genoemd:* na operatieve ingrepen kan bijvoorbeeld sprake zijn van littekenpijn, fan-

toompijn, of lymfoedeem. Na radiotherapie kan pijn ontstaan vanwege huidbeschadigingen, fibrose, beschadiging van het ruggenmerg, botnecrose of lymfoedeem. Na chemotherapie kunnen onder meer zenuwaandoeningen en slecht genezende ontstekingsreacties (wanneer de cytostatica per abuis buiten het bloedvat terecht zijn gekomen) ontstaan;

- *pijn indirect gerelateerd aan kanker:* in deze derde categorie vormt de fysieke achteruitgang de oorzaak van de pijn. Deze lichamelijke achteruitgang kan bijvoorbeeld tot uiting komen in pijnlijke aandoeningen en symptomen als decubitus, spierspasmen en contracturen, obstipatie, infecties door candida en herpes zoster, lymfoedeem en diepe veneuze trombose;
- *pijn niet gerelateerd aan kanker:* tenslotte kunnen kankerpatiënten te kampen hebben met een breed scala aan pijnen die niet gerelateerd zijn aan het ziekteproces of de behandeling ervan.

Hoewel een dergelijke indeling van soorten pijn overzicht geeft, is het belangrijk dat je blijft beseffen dat er sprake is van een simplificatie, waarbij aan de samenhang tussen lichamelijke, psychische, sociale en spirituele factoren geen recht wordt gedaan. Ook pijn bij kanker wordt niet veroorzaakt door slechts één factor, maar er is steeds sprake van een aantal lichamelijke, psychische, sociale en spirituele factoren die samen de pijn beïnvloeden en die veelal niet van elkaar te scheiden zijn. Zo hebben met name kankerpatiënten veel te kampen met angst (bijvoorbeeld voor aftakeling), spanning (bijvoorbeeld voor belangrijke uitslagen) en eenzaamheid (bijvoorbeeld omdat praten over deze ziekte zo moeilijk is). Al deze factoren kunnen de pijn erger maken.
Voor verpleegkundigen is het overigens belangrijk om te beseffen dat angst en spanning niet alleen pijn kunnen versterken, maar ook dat zij het gevolg kunnen zijn van pijn.

Pijn kan zowel een probleem zijn voor mensen waarbij de kanker nog curatief behandeld kan worden, als bij kankerpatiënten in de palliatieve fase, dat wil zeggen de fase waarin medisch gezien geen herstel meer mogelijk is en waarin de nadruk ligt op goede pijn- en symptoombestrijding en het bevorderen van de kwaliteit van het resterende leven. Wanneer de kanker ongeneeslijk blijkt, is pijn echter vaak een (nog) groter probleem dan in voorafgaande fasen. In de *palliatieve fase* heeft 70-90% van de terminale kankerpatiënten pijn. Bij het grootste deel van die groep (meer dan twee derde) gaat het daarbij om chronische pijn als gevolg van de tumor of metastasen (Verhagen e.a., 2002). In het vijfde hoofdstuk (§ 6) zullen we dieper ingaan op interventies in de palliatieve fase.

12 Pijn als verpleegprobleem

Pijn wordt beïnvloed door lichamelijke, psychologische, sociale en spirituele factoren en vereist zorg 'voor de hele mens'. Daarom is het bij uitstek een probleem waar verpleegkundigen zich, in samenwerking met andere hulpverleners, op moeten richten. Daarnaast kan pijn als een verpleegprobleem beschouwd worden omdat het valt onder de volgende beschrijving van verpleegproblemen uit het *Verpleegkundig Beroepsprofiel* (Leistra e.a., 1999), namelijk:

'feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie'.

Dat in de verpleegkundige beroepsgroep het besef leeft dat pijn een verpleegprobleem is, blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat in 1994 de verpleegkundige beroepsgroep door middel van een consensusbijeenkomst een richtlijn op het gebied van verpleegkunde en pijn heeft ontwikkeld (VWR/CBO, 1994). Ook blijkt dit uit het groeiende aantal onderzoekspublicaties en academische proefschriften die door verpleegkundigen of verplegingswetenschappers in de afgelopen 5 jaar over pijn en pijnbestrijding zijn geschreven (o.a. Hamers, 1995; Francke, 1996; De Wit, 1999; De Rond, 2001). Tenslotte blijkt dit ook uit het feit dat pijn en pijnbestrijding in het verpleegkundig basisonderwijs ruime aandacht krijgen. Deze module kan daarbij ondersteuning bieden.
In de volgende hoofdstukken komt de rol die verpleegkundigen kunnen spelen bij het vaststellen en verlichten van pijn nader aan bod.

3 Gegevensverzameling en formuleren van verpleegproblemen

In dit hoofdstuk gaan we in op de eerste stap in het verpleegkundig proces: gegevensverzameling en formuleren van verpleegproblemen, in dit geval in relatie tot pijn. We besteden aandacht aan welke gegevens over de patiënt en zijn of haar pijn verzameld moeten worden en welke methoden of instrumenten daarvoor geschikt zijn. Ook gaan we in op het formuleren van verpleegproblemen en verpleegkundige diagnoses in relatie tot pijn.

1 Wat moet je weten?

Wanneer pijn een belangrijke klacht is van een patiënt, moet je bij die patiënt (of als een patiënt zich niet verbaal kan uiten een naaste van de patiënt) eerst informatie inwinnen over:

- *de psychosociale omstandigheden en achtergrondgegevens:* bijvoorbeeld over iemands leeftijd, woon- en werksituatie. Het kennen van de persoon is van belang voor een juiste diagnose van pijn en voor het kiezen van de interventies om pijn te bestrijden;
- *de pijnbeleving:* hoe kijkt de patiënt tegen de pijn aan? Hoe ervaart hij of zij de pijn?
- *het non-verbale en verbale pijngedrag:* hoe spreekt de patiënt over de pijn en welke non-verbale gedragingen wijzen op pijn?
- *de plaats:* waar aan het lichaam voelt de patiënt pijn? Is de pijn diep of oppervlakkig?
- *de voorgeschiedenis:* wanneer ontstond de pijn? Welke behandelingen hebben tot nu toe geholpen?
- *het beloop en het patroon:* wanneer is de pijn het ergst? Is de pijn voortdurend of met tussenpozen?
- *de kwaliteit* (= de aard): hoe beschrijft de patiënt de pijn (borend, trekkend, kloppend of...)?
- *de intensiteit:* hoe hevig, hoe intens is de pijn?
- *de factoren die de pijn beïnvloeden:* welke factoren veroorzaken, verlichten of verergeren pijn?
- *de effecten van pijn op slaap en activiteit:* kan de patiënt, ondanks de pijn, goed in slaap komen en doorslapen? Wordt de patiënt door de pijn belemmerd tijdens werk en/of hobby's?

- *welke medicatie of andere middelen/interventies zijn door artsen of andere hulpverleners* ingesteld/toegepast om de pijn te bestrijden?
- *welke medicatie of andere middelen/interventies zijn door de patiënt zelf* ingesteld/ gebruikt om de pijn te bestrijden?
- *wat zijn de effecten* van die middelen/interventies?

2 De pijnanamnese

De pijnanamnese is het gesprek tussen patiënt en hulpverlener waarin de belangrijkste kenmerken en beïnvloedende factoren van pijn worden besproken. Vaak wordt daarbij gebruik gemaakt van pijnanamnese-formulieren, ook wel pijnvragenlijsten genoemd (zie figuur 3-1).

Pijnanamnese-formulieren zijn vragenlijsten of checklists die gebruikt kunnen worden door verpleegkundigen en andere hulpverleners om veel aspecten van pijn die in de vorige paragraaf genoemd zijn (plaats, voorgeschiedenis, beloop, kwaliteit, intensiteit etc.) in kaart te brengen. Veel pijnanamnese-formulieren bevatten geen vragen over de pijnbeleving. Uiteraard moet hier wel naar gevraagd worden.
Pijnanamnese-formulieren mogen *niet* gebruikt worden als instrumenten waarin inhoud en volgorde van iedere vraag al helemaal vast liggen. Wel is een pijnanamnese-formulier bedoeld als hulpmiddel of checklist voor een open gesprek over de pijn tussen hulpverlener en patiënt.
Op grond van de reacties van de patiënt tijdens de pijnanamnese kun je de noodzakelijke interventies beter bepalen en kun je belangrijke schriftelijke of mondelinge informatie doorspelen aan collega-verpleegkundigen, artsen of andere hulpverleners. Ook kan de pijnanamnese fungeren als ijkpunt voor het in kaart brengen van effecten van interventies.

Casus
De heer Verkeste is een weduwnaar van 81 jaar. Hij wordt met hevige rugpijn opgenomen in het ziekenhuis. De medische diagnose luidt: wervelfractuur als gevolg van osteoporose. De arts-assistent schrijft bij de opname pijnstillers voor en geeft dit voorschrift door aan verpleegkundige Bas, waaraan meneer is 'toegewezen'.
Omdat pijn de voornaamste klacht is van meneer, wordt door Bas tijdens het opnamegesprek daaraan veel aandacht besteed. Als hulpmiddel bij het praten over pijn gebruikt Bas een pijnanamnese-formulier. Door de warme aandacht van Bas en zijn deskundige vragen, is het voor meneer vrij makkelijk om te vertellen sinds wanneer hij deze hevige pijnklachten heeft, en wat hij precies waar voelt. Meneer vertelt ook dat hij erg

Plaats en uitstraling	Op tekening invullen
Voorgeschiedenis	Sinds wanneer heeft u pijn? Is de pijn in de loop van de tijd veranderd" Heeft u eerder in uw leven perioden met pijn gehad" Waardoor denkt u dat uw pijn wordt veroorzaakt? Welke behandeling heeft tot nu toe geholpen en welke niet?
Beloop	Heeft u dag en nacht pijn? Is de pijn steeds even sterk ? Komt de pijn met tussenpozen Komt de pijn in aanvallen en zo ja, hoelang duren die"
Kwaliteit	Zit de pijn diep of oppervlakkig" Hoe zou u uw pijn het beste kunnen omschrijven" Welke van de volgende woorden past het meeste bij uw pijn? borend klemmend dof trekkend jeukend zeurend kloppend brandend drukkend stekend scherp anderszins
Intensiteit	Kunt u met een cijfer van 0 tot 10 de ernst van de pijn aangeven die u op dit moment voelt? 0 is geen pijn, 10 is de meest ondraaglijke pijn die U zich voor kunt stellen. Kunt u met een cijfer de pijn over de dag en overde nacht aangeven? BIJ welk cijfer zou u een pijnstiller willen hebben of van pijnstiller willen veranderen?
Verergerende factoren	Welke activiteiten doen uw pijn toenemen? bijvoorbeeld lopen, zitten, plassen, wassen, hoesten of bepaalde bewegingen.
Verlichtende factoren	Welke zaken verminderen pijn, bijvoorbeeld warm te, koude, bepaalde houdingen of bewegingen?
Effect op * *slaap*	Wordt u wakker van de pijn? Kunt u vanzelf in slaap komen? Zo nee, komt dit door de pijn of door iets anders?
* *stemming*	BIJ welke van de volgende stemmingen of gevoelens heeft u meer of minder last van de pijn of blijft uw pijn gelijk: somberheid, angst, neerslachtigheid , gespannen zijn, ontspannen zijn, vrolijkheid, zenuwachtigheid. Verandert uw stemming door de pijn" Hoe?
* *activiteit*	Wat voor effect heeft de pijn op uw werk, eetlust, hobby's, sociale leven?
Medicatie	Het zorgvuldig opnemen van de tot nu toe gebruikte medicatie is van essentieel belang. Hierbij zijn de volgende punten belangrijk: **dosis, frequentie, toedieningswijze, duur van gebruik, effect, bijwerkingen, reden van staken.**

Figuur 3-1
Pijnanamnese-formulier (uit: NVBP, 1990)

geschrokken is van de pijn. Hij is angstig dat dit de 'druppel is die de emmer zal laten overlopen'. Hij heeft namelijk al geruime tijd moeite om zichzelf thuis alleen te redden en is bang dat hij nu na deze ziekenhuisopname niet meer naar huis terug mag. Bas besteedt aandacht aan de angsten en zorgen en spreekt af dat hij het er met de behandelend arts over zal hebben. Ook zal Bas een gesprek tussen meneer, diens dochter, de arts en hemzelf regelen waarin ingegaan wordt op de (on)mogelijkheden na ontslag.

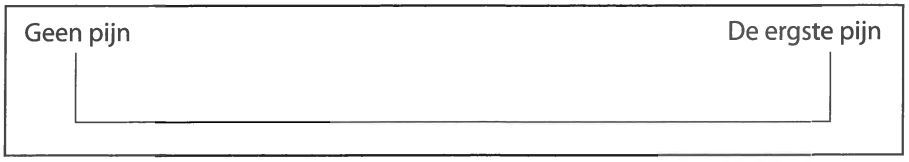
3 Meting van pijnintensiteit

De pijnintensiteit heeft betrekking op hoe erg, hoe intens de patiënt de pijn voelt. Hoewel verpleegkundigen zichzelf als de meest aangewezen hulpverlener beschouwen om regelmatig bij een patiënt naar de pijn te informeren, blijft dit navragen soms toch achterwege (Francke, 1996). Dit pleit voor een meer systematisch vaststellen van de pijnintensiteit. Zoals je in de vorige paragraaf hebt kunnen zien, bestaat een gedeelte van een pijnanamnese uit de meting van de pijnintensiteit. Deze meting kun je ook onafhankelijk van de andere onderdelen van de pijnanamnese doen. Zo is het bijvoorbeeld bij patiënten met postoperatieve pijn of bij patiënten die primair behandeld worden voor pijnklachten, zinvol om op vaste tijdstippen een pijnintensiteitsmeting te doen (bijvoorbeeld tegelijkertijd met bloeddrukmeting en polscontrole).

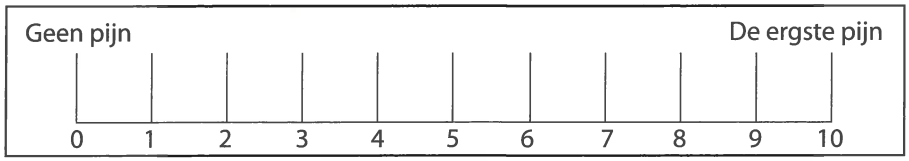
Bij volwassenen is de zogenaamde *Visueel Analoge Schaal (VAS)* of de *numerieke beoordelingsschaal* daarvoor goed te gebruiken. De VAS bestaat uit een horizontale lijn van 10 cm waarop de patiënt de pijnintensiteit kan aangeven (zie figuur 3-2). De VAS loopt van helemaal geen pijn (het uiterst linkse punt) tot de ergst denkbare pijn (het uiterst rechtse punt).

De numerieke beoordelingsschaal is een variant van de VAS, met het verschil dat de horizontale lijn nu genummerd is van 0 tot en met 10 (zie figuur 3-3). In Nederland wordt bij volwassenen waarschijnlijk het meest gebruik gemaakt van de numerieke schaal, waarbij een patiënt een cijfer aan de pijn kan geven (De Wit, 2001). Hiervoor is geen pen en papier nodig, zodat ook bij bedlegerige patiënten het vragen naar de ernst van de pijn op eenvoudige wijze kan plaatsvinden. Om goed inzicht te krijgen in het beloop van de pijn is het nodig om ten minste twee keer per dag naar de intensiteit van de pijn te vragen.

Met behulp van de VAS of de numerieke beoordelingsschaal kan ook de huidige pijnintensiteit worden vergeleken met de hoeveelheid pijn die iemand draaglijk vindt. Hierdoor krijg je meer inzicht in de betekenis van de



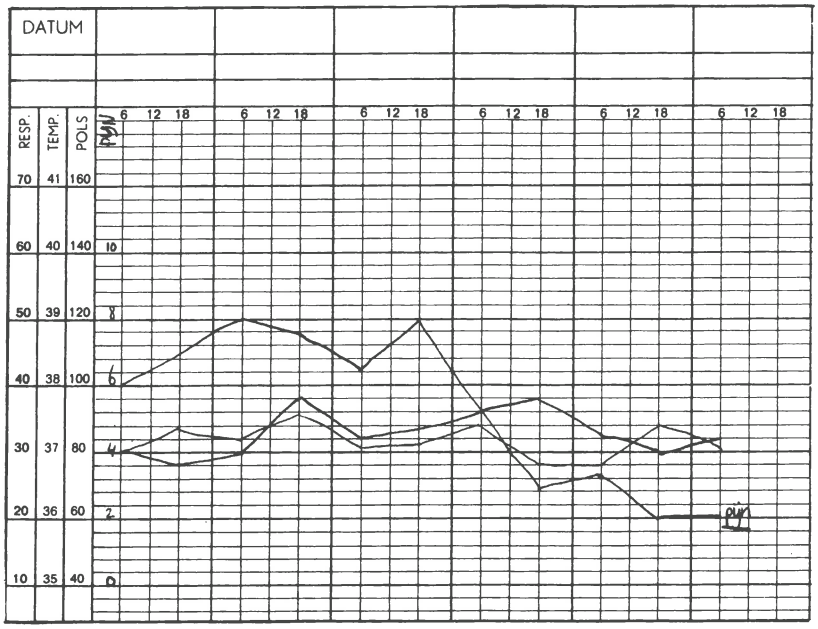
Figuur 3-2
Visueel Analoge Schaal (VAS)



Figuur 3-3
Numerieke beoordelingsschaal (Uit: CBO, 1993)

pijn voor de patiënt. Zo kan een patiënt aangeven dat de huidige pijnintensiteit een score 4 heeft, terwijl deze tevens aangeeft dat een score 5 voor hem nog draaglijk zou zijn. Daarmee krijgt bij die patiënt een score 4 voor de huidige pijnintensiteit een andere betekenis dan een score 4 bij een andere patiënt die aangeeft score 3 al niet meer draaglijk te vinden.

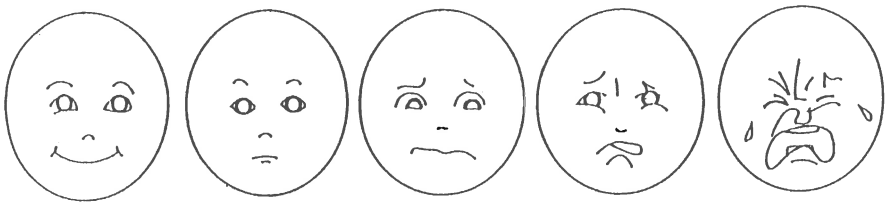
Een voordeel van de numerieke beoordelingsschaal is dat de scores zich goed lenen om in een curve genoteerd te worden op de lijst waar ook temperatuur, polsfrequentie en eventueel ademhaling op worden genoteerd (zie figuur 3-4). Daardoor kan een goed overzicht verkregen worden in het beloop van de pijnintensiteit. Op deze manier kun je op grond van de pijn-



Figuur 3-4
Pijnintensiteitscurve op temperatuurlijst

intensiteitscurve beoordelen of de toegepaste interventies effect hebben op de pijnintensiteit van een patiënt.

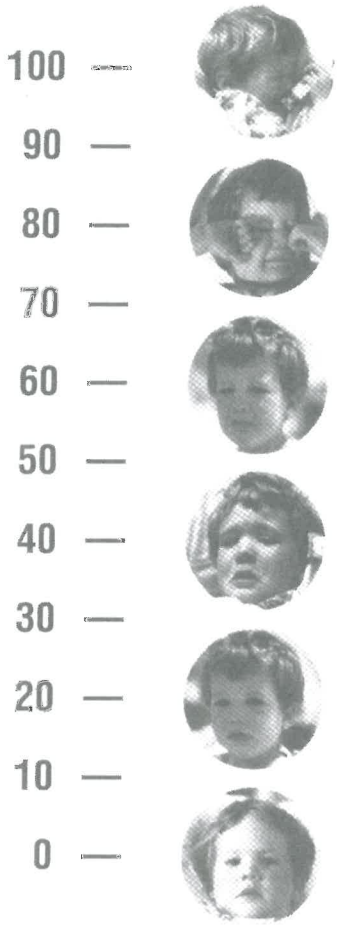
Uit het recente promotie-onderzoek van verpleegkundige/verplegingswetenschapper De Rond (2001) blijkt dat het dagelijks registreren van de pijnintensiteit tot gevolg kan hebben dat verpleegkundigen en artsen meer met de patiënt en met elkaar over pijn praten. Verpleegkundigen krijgen zo meer inzicht in de pijnklachten van patiënten en gaan vaker bij patiënten gegevens over pijn in het verpleegdossier rapporteren. Artsen gaan hierdoor vaker pijnstillers voorschrijven en verpleegkundigen gaan vaker pijnstillers verstrekken. Dit alles leidt er uiteindelijk toe dat patiënten minder pijn ervaren. Uit eigen promotie-onderzoek (Francke, 1996) komt naar voren dat een voorwaarde voor het volhouden van dagelijkse pijnregistratie is dat verpleegkundigen daarbij aangemoedigd worden door leidinggevenden en artsen en dat het een expliciet onderdeel uitmaakt van het pijnbestrijdingsbeleid binnen hun team. Is aan die voorwaarde niet voldaan dan is het zeer moeilijk voor individuele verpleegkundigen om dagelijkse pijnintensiteitsmetingen vol te houden en kunnen ook de positieve effecten op pijn en pijnbestrijding niet worden vastgesteld.



Figuur 3-5
Vijf gezichtjesschaal (uit: CBO, 1993; Bewerking van de negen gezichtjesschaal van P.A. McGrath et al, 1985)

Voor het vaststellen van de intensiteit van pijn bij kinderen vanaf ongeveer 4 tot 12 jaar kan de 'gezichtjesschaal' (figuur 3-5) of Oucher-schaal (zie figuur 3-6) worden gebruikt. Belangrijk daarbij is dat je het kind duidelijk en rustig uitlegt wat elk gezichtje betekent (CBO, 1994). Bij de Oucher kan de verpleegkundige tegen het kind zeggen:

'Jij mag zeggen hoeveel pijn je nu hebt door het gezichtje aan te wijzen van het kind, dat net zoveel pijn heeft als jij nu. Het gezichtje onderaan is van een kind, dat geen pijn heeft (1). Daarboven is het gezicht van een kind met een beetje pijn (2). Daarboven het gezicht van een kind, dat iets meer pijn heeft (3). Daarboven het gezicht van een kind, dat veel pijn heeft (4). En daarboven zie je dan het gezicht van een kind met heel véél pijn (5). Het gezicht helemaal bovenaan is van een kind dat de ergste pijn heeft die je maar kunt hebben (6). Welk gezicht past het beste bij de pijn die jij nu voelt?'



Figuur 3-6
Oucher-schaal (uit: CBO, 1993; de Oucher-schaal is auteursrechtelijk beschermd en ontwikkeld door J.E. Beyer, 1983)

4 Pijndagboek

Aan patiënten die langdurig pijn hebben en bij wie pijn één van de voornaamste klachten is, zou je kunnen vragen of zij een pijndagboek willen bijhouden (zie figuur 3-7). Deze patiënten moeten daar uiteraard fysiek en mentaal toe in staat zijn. Zo'n pijndagboek kan inzicht geven in de vraag of en in welke mate pijn de normale dagelijkse activiteiten beïnvloedt. Tevens geeft het pijndagboek inzicht in de vraag of en in welke mate pijnmedicatie of andere manieren van pijnbestrijding daarop invloed hebben.

In het algemeen beslaan dergelijke dagboeken 24 uur per dag en worden ze enkele dagen of weken (en soms langer) bijgehouden. De patiënt kan van uur tot uur registreren wat hij of zij doet. Ook kunnen de intensiteit van de pijn, evenals het medicatiegebruik en andere pijn verlichtende maatregelen worden genoteerd. Soms kan dat nog worden aangevuld met informatie over de aanwezige personen en de gedachten en gevoelens die men voor en na een bepaalde activiteit had. Op deze wijze kan het activiteiten-pijn-verloop in beeld gebracht worden, wat aanknopingspunten kan bieden voor interventies.

Bij de interpretatie van de gegevens uit een pijndagboek van een patiënt moet wel rekening gehouden worden met factoren die alle vormen van subjectieve rapportage beïnvloeden, zoals de nauwkeurigheid van de patiënt en de mate van therapietrouw. Tevens is het belangrijk dat als je een patiënt vraagt een pijndagboek bij te houden, je regelmatig en serieus het pijndagboek met de patiënt bespreekt.

5 Formuleren van verpleegproblemen

Wanneer je de pijn, de gevolgen en de factoren die daarmee te maken hebben in kaart hebt gebracht, is de volgende stap het formuleren van een verpleegprobleem. In navolging van het *Verpleegkundig Beroepsprofiel* rekenen we

PIJNDAGBOEK

Naam _____ Datum _____

	TIJD	Pijnintensiteit (cijfer VAS)	Pijnmedicatie	Andere pijnverlichtende maatregelen	Belangrijkste activiteit (liggen / zitten / staan / lopen
NACHT	12				
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
MIDDAG	12				
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				

Opmerkingen: _____

Figuur 3-7
Pijndagboek

tot verpleegproblemen 'feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie' (Leistra e.a., 1999).

In het verlengde van het probleem moeten steeds de kenmerken en de beïnvloedende factoren genoemd worden. Men spreekt dan ook wel over 'het formuleren van een verpleegprobleem volgens de PES-structuur'. Daarbij

staat PES voor: Probem, Etiology (beïnvloedende factoren/onstaansgronden) en Signs and symptoms (kenmerken/symptomen). Een werkwijze volgens de PES-structuur kan bijvoorbeeld in de formulering van het volgende verpleegprobleem resulteren:

Verpleegprobleem:
hevige pijn in onderrug

Kenmerken:
- sinds 1 maand continue zeurende pijn in onderrug
- deze pijn wordt door mevrouw als onhoudbaar ervaren

Beïnvloedende factoren:
- metastasen na mammacarcinoom in wervelkolom
- depressieve klachten
- angst voor uitslagen van röntgenfoto's
- angst voor verdergaande aftakeling
- angst voor verdere afhankelijkheid van anderen

6 Verpleegkundige diagnoses met betrekking tot pijn

Iedere patiënt met pijn is uniek. Toch zijn er vaak overeenkomsten tussen patiënten wat hun verpleegproblemen betreft. Het inzicht dat er wel degelijk overeenkomsten kunnen zijn in de wijze waarop mensen reageren op ziekte, ligt ten grondslag aan het gebruik van verpleegproblemen met 'vaste naamkaartjes', oftewel: verpleegkundige diagnoses (Schout, 1995). Ook bij verpleegkundige diagnoses gaat het erom dat problemen en de daarmee verband houdende beïnvloedende factoren en kenmerken worden benoemd, maar dan op een uniforme, gestandaardiseerde manier.
Binnen de verpleegkundige beroepsgroep worden verpleegkundige diagnoses meestal geformuleerd op basis van consensus(bijeenkomsten) en/of op basis van onderzoek.
Door verpleegkundige diagnoses te formuleren geeft de beroepsgroep weer wat zij ziet als haar aandachts- en competentiegebied. De bedoeling is dat door het gebruik van gestandaardiseerde verpleegkundige diagnoses, duidelijke communicatie binnen de verpleegkundige beroepsgroep, in diverse landen, zorginstellingen en teams bevorderd wordt. Door eenduidige benoeming zou de communicatie en daarmee de continuïteit van zorg beter gestalte krijgen.

Anno 2003 hebben we in het Nederlandse taalgebied nog geen algemeen aanvaarde gevalideerde verpleegkundige diagnoses die betrekking hebben op pijn. In de huidige situatie zal een verpleegkundige zich in het geval van pijn dan ook veelal beperken tot het formuleren van een verpleegprobleem, zonder daar vervolgens een formele, binnen de beroepsgroep geformuleerde, verpleegkundige diagnose aan te verbinden (let wel: soms wordt in de praktijk wel gesproken over verpleegkundige diagnoses, maar in feite gaat het daarbij meestal om in eigen woorden geformuleerde verpleegproblemen).
Aangezien er op het gebied van een eenduidig taalgebruik van verpleegkundigen momenteel veel in ontwikkeling is (onder meer op initiatief van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging, de Katholieke Universiteit Nijmegen en enkele academische ziekenhuizen), kunnen we verwachten dat deze situatie in de toekomst zal veranderen. Bij de lopende initiatieven is veelal ook aandacht voor afstemming op taalgebruik en diagnoses van andere disciplines in binnen- en buitenland (bijvoorbeeld in het kader van de ICIDH: the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, een internationaal multidisciplinair classificatiesysteem).
Wel zijn er al gevalideerde Engelstalige verpleegkundige diagnoses op het gebied van pijn. De North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) heeft de diagnoses 'Pijn' en 'Chronische pijn' op grond van consensus geformuleerd. In hoeverre deze diagnoses in vertaalde vorm in Nederland bruikbaar zijn is echter nog niet duidelijk.

4 Vaststellen van verpleegdoelen en opstellen van verpleegplan

In het vorige hoofdstuk hebben we de eerste stap in het verpleegkundig proces behandeld, namelijk gegevensverzameling en formuleren van verpleegproblemen gerelateerd aan pijn. Het zorgvuldig beschrijven van verpleegproblemen is een voorwaarde voor het formuleren van haalbare verpleegdoelen en het plannen van interventies. Dit hoofdstuk gaat in op de tweede fase van het verpleegkundig proces: het vaststellen van verpleegdoelen en het opstellen van een verpleegplan.

1 Vaststellen van verpleegdoelen

Door na te gaan hoeveel pijn iemand *kan en wil* verdragen, kunnen we onze verpleegdoelen, bijvoorbeeld voorkómen van pijn, *geheel wegnemen* van pijn of *verlichten* van pijn (tot een voor de patiënt acceptabel niveau) beter formuleren. Verpleegdoelen moeten in overleg met een patiënt worden bepaald. Soms kan het daarbij belangrijk zijn om een indicatie van de 'pijntolerantie' van een patiënt te hebben. Je kunt die proberen duidelijk te krijgen door gesprekken, maar bijvoorbeeld ook door gebruik te maken van de numerieke beoordelingsschaal (zie hoofdstuk 3) en daarbij aan een patiënt te vragen bij welk cijfer hij of zij de pijn nog acceptabel vindt.
Verpleegdoelen zijn belangrijk om een gerichte keuze te maken voor bepaalde interventies. Een interventie moet altijd passen bij zowel de vastgestelde verpleegproblemen als bij de vastgestelde verpleegdoelen. Een voorbeeld: als het doel is 'geheel wegnemen van pijn' zal de verpleegkundige soms meer en eerder aan moeten dringen bij de behandelend arts om de pijnmedicatie op te hogen, dan wanneer het verpleegdoel is 'verlichten van pijn tot een voor de patiënt aanvaardbare pijnintensiteitsscore van 2'.

2 Opstellen van verpleegplan

Op basis van de in kaart gebrachte verpleegproblemen (zie vorige hoofdstuk) en de verpleegdoelen wordt een verpleegplan opgesteld.

Het vertrekpunt in een verpleegplan wordt altijd gevormd door:

- het verpleegprobleem en het verpleegdoel (soms worden wel andere,vergelijkbare termen gebruikt, bijvoorbeeld 'diagnose' in plaats van verpleegprobleem of 'beoogd resultaat' in plaats van verpleegdoel).

Daarna moet in een verpleegplan neergeschreven worden:

- welke interventies uitgevoerd moeten worden om het verpleegdoel te bereiken
- de termijn waarin het verpleegdoel bereikt moet zijn
- de wijze waarop nagegaan moet worden of het verpleegdoel behaald is
- welke verpleegkundigen het verpleegplan uitvoeren

Al deze punten moeten terug te vinden zijn in het individuele verpleegplan van de patiënt (Van Zelm en Eliens, 2000). Bij het opstellen van een verpleegplan is communicatie met de patiënt (of diens vertegenwoordiger) noodzakelijk. Als een patiënt bijvoorbeeld niet achter de keuze van de geplande interventies staat, zullen die interventies hoogstwaarschijnlijk weinig effectief zijn.

Casus

De heer Isenburg (62 jaar) wordt op de afdeling chirurgie opgenomen en zal morgen een maagoperatie ondergaan waarbij een deel van de maag en enkele zeer hardnekkige maagzweren worden verwijderd.

Verpleegkundige Annemarie voert het opnamegesprek met hem. Meneer komt erg angstig en gespannen over. Annemarie vertelt onder meer dat hij na de operatie niet direct op haar unit terug kan komen, maar eerst naar de Medium Care Unit (MCU) zal gaan. Annemarie weet dat pre-operatieve angst en stress negatieve gevolgen kunnen hebben voor de pijn na de operatie en het herstel in het algemeen. Mede daarom vindt zij een goede pre-operatieve voorbereiding heel belangrijk. Een kennismaking en korte rondleiding op de MCU kan mogelijk wat angst en stress verminderen. Annemarie checkt eerst bij de MCU of dit vanmiddag nog mogelijk is en vraagt vervolgens aan meneer of hij daarvoor iets voelt; hij reageert positief op dit idee.

Annemarie noteert vervolgens in het verpleegplan als een van de *verpleegproblemen:* "De heer is bang voor het postoperatieve verblijf op de MCU. Zegt zelf erg gespannen te zijn en dat hij het vervelend vindt dat hij niet bij ons op de unit kan blijven. Meneer weet niet wat hij zich bij een MCU moet voorstellen."

Onder *verpleegdoel* noteert Annemarie: "Meneer geeft vanavond aan dat hij goed op de hoogte is van het verwachte postoperatieve verloop en dat hij zich daarover geen overmatige zorgen meer maakt".

Annemarie schrijft bewust 'vanavond' neer zodat het voor haar en haar

collega's duidelijk is op welke termijn dit verpleegdoel gerealiseerd moet zijn en geëvalueerd moet worden.
In aansluiting bij het voornoemde verpleegprobleem en verpleegdoel formuleert Annemarie de volgende *interventie:* "Onder begeleiding van mij (Annemarie), vanmiddag kennismaking met een verpleegkundige van de MCU en bezichtiging van kamer waar hij waarschijnlijk na operatie zal liggen. Direct na rondleiding op MCU, bespreek ik met hem opgedane indrukken".
Onder *evaluatie* schrijft Annemarie: "Vanavond nogmaals navraag doen bij meneer over hoe hij tegen de postoperatieve periode en het verblijf op de MCU aankijkt".

5 Interventies bij pijn

Wanneer verpleegproblemen in kaart zijn gebracht (hoofdstuk 3), de verpleegdoelen zijn bepaald en een verpleegplan is opgesteld (hoofdstuk 4), is het tijd voor de derde fase in het verpleegkundig proces: de uitvoering van interventies. Het gaat in dit geval om interventies bij (feitelijke of dreigende) pijn. Met interventies bij pijn bedoelen we handelingen die pijn kunnen voorkomen, verlichten of doen verdwijnen. Allereerst gaan we in op farmacologische interventies om daarna aandacht te besteden aan psychosociale of aanvullende interventies door verpleegkundigen en/of andere disciplines.
Bij medicatie is het van oudsher gebruikelijk dat de werkzaamheid daarvan eerst is aangetoond in wetenschappelijk onderzoek voordat deze op grote schaal wordt gebruikt. Bij psychosociale of aanvullende (complementaire) interventies bestaat er een veel minder lange onderzoekstraditie. Toch is het ook daarbij zeer belangrijk om te weten of ze de gewenste en verwachte effecten op bijvoorbeeld pijn hebben. In aansluiting bij het belang dat in de huidige verpleging wordt gehecht aan *evidence-based nursing* (zie Woord vooraf) zullen we daarom bij het bespreken van de psychosociale en aanvullende interventies steeds uitdrukkelijk vermelden in hoeverre er aanwijzingen uit onderzoek zijn dat die interventies ook echt pijn verlichtend werken. Systematische literatuuroverzichten (oftewel 'systematic reviews') waarin bestaand onderzoek op een specifiek terrein op een rij wordt gezet, zijn het belangrijkste middel om na te gaan of er inmiddels voldoende bewijs is voor de werkzaamheid van een bepaalde interventie. Dat is de reden dat in deze module, vooral bij de bespreking van psychosociale en aanvullende interventies bij pijn (zie § 2 en § 3 van dit hoofdstuk), veelvuldig wordt gerefereerd aan dergelijke systematische literatuuroverzichten.

1 Farmacologische interventies

1.1 Soorten pijnmedicatie

De arts is degene die, in overleg met patiënt en verpleegkundige, pijnmedicatie voorschrijft. Hij of zij heeft daarbij de keuze tussen *verschillende*

soorten pijnstillers. Pijnstillers (ook wel aangeduid met analgetica) kunnen in drie categorieën worden onderverdeeld.

Categorie 1: niet-opioide pijnmedicatie

Niet-opioide pijnstillers worden ook wel niet-narcotische analgetica genoemd, omdat ze weinig of geen invloed hebben op het bewustzijn. Niet-opioide pijnstillers kunnen worden ingedeeld in twee hoofdgroepen:

1 prostaglandinesynthese remmers

2 overige niet-opiode analgetica

Tot de groep *prostaglandinesynthese remmers* behoren de zogenaamde Non Steriodal Anti Inflammatory Drugs (NSAID's), zoals diclofenac, ibuprofen, naproxen en meloxicam. Deze middelen werken in op bepaalde lichaamsstoffen, de zogenaamde prostaglandines die worden aangemaakt bij weefselbeschadiging en ontstekingen. Prostaglandines verhogen de gevoeligheid van de dunne zenuwvezels (zie hoofdstuk 2, § 3) voor prikkels. NSAID's evenals andere prostaglandinesyntheseremmers, remmen de aanmaak van prostaglandines en verminderen daardoor de pijn. Naast een pijnstillend en koortswerend effect hebben NSAID's ook een oedeem verminderend effect, waardoor pijnlijke druk op zenuwen minder kan worden. NSAID's kunnen bijwerkingen hebben: onder andere verminderde bloedstolling, maagklachten en nierfunctiestoornissen bij langdurig gebruik.

Tot de groep overige *niet-opioide pijnmedicatie* behoren onder andere de bekende middelen paracetamol en acetylsalicylzuur (Aspirine). Naast een pijnstillend effect heeft paracetamol ook een koortswerend effect. Paracetamol heeft weinig bijwerkingen. Acetylsalicylzuur kan maagklachten en een verminderde bloedstolling veroorzaken.

Categorie 2: opioide pijnmedicatie

Opioide pijnstillers of opiaten werken vooral in op het centrale zenuwstelsel. Zij beïnvloeden het bewustzijn en worden om die reden ook wel aangeduid als narcotische analgetica. Opioiden danken hun pijnstillend effect aan hun vermogen om in te werken op prikkel geleidende zenuwen in het centraal zenuwstelsel. Deze zenuwen spelen ook een rol bij onder andere de darmwerking, ademhaling, stemmingsveranderingen, sufheid en hallucinaties. Daarom hebben alle opioiden in mindere of meerdere mate (voor een deel tijdelijke) bijwerkingen, zoals obstipatie, misselijkheid en sufheid. Vanwege hun bijwerkingen worden opiaten bij voorkeur enkel voor de bestrijding van ernstige acute pijnen (zoals rondom operaties) of bij ernstige chronische pijn bij kanker gebruikt.

Opiaten zijn vooral geschikt voor de bestrijding van pijn aan de huid, het bewegingsapparaat en de ingewanden. Daarentegen zijn zij minder werkzaam bij neurogene pijn (ook wel neuropathische pijn genoemd: pijn waarvoor de oorzaak in het zenuwstelsel zelf ligt).

Tot de opioide pijnstillers worden onder meer stoffen gerekend ontleend aan opium (= opiumderivaten), zoals codeïne en morfine. Ook kunstmatig samengestelde preparaten afgeleid van morfine, zoals methadon, fentanyl, pethidine en tramadol, worden tot de opioide pijnstillers gerekend. Verderop in dit hoofdstuk (in § 1.2 en 1.3) gaan we nog in op bijwerkingen van en vooroordelen over opiaten.

Categorie 3: co-analgetica

Dit zijn geneesmiddelen die niet primair vanwege hun analgetische werking zijn ontwikkeld, maar die wel een pijnstillend effect hebben. Het gaat als het ware om middelen met een 'analgetische bijwerking'. Wanneer deze middelen vanwege het analgetisch effect worden voorgeschreven, wordt meestal gekozen voor lage doseringen. Hogere doseringen worden soms naast 'gewone' pijnstillers gebruikt, namelijk als bij het pijnprobleem ook andere problemen optreden, zoals slaapstoornissen, angst of depressiviteit. Hieronder bespreken we kort vier groepen veel-gebruikte co-analgetica:

1 slaapmiddelen
2 angstremmers
3 anti-depressiva
4 anti-epileptica

Er is een grote keus aan *slaapmiddelen* die als co-analgetica gebruikt kunnen worden. De meeste van deze slaapmiddelen, zoals temazepam en oxazepam, geven snel gewenning en kunnen beter niet langer dan een week worden gebruikt.

Tot de *angstremmers* (ook wel anxiolitica genoemd) behoren benzodiazepinen, zoals diazepam. De benzodiazepinen hebben een spierontspannende en angstdempende werking. In situaties waar spierspanning en angst een rol spelen bij de pijn, kunnen ze tijdelijk verlichting bieden. Deze middelen hebben invloed op het bewustzijn en zijn verslavend.

Antidepressiva kunnen eveneens als co-analgetica gebruikt worden. Zo wordt het antidepressivum amitriptyline soms voorgeschreven bij pijn die ontstaat als een zenuw op een abnormale manier geprikkeld wordt (zoals bij een hernia). Als depressieve gevoelens pijnklachten negatief beïnvloeden worden soms ook antidepressiva voorgeschreven. Sufheid is een veel voorkomend bijverschijnsel van antidepressiva. Door de medicatie 's avonds te geven heeft men minder last van dit bijverschijnsel.

Lage doseringen van *anti-epileptica,* zoals clonazepam en carbamezapine, worden eveneens soms als co-analgetica gebruikt bij pijn als gevolg van abnormale prikkeling van een zenuw. Ook bij deze middelen kan sufheid in het begin een rol spelen, maar deze wordt meestal na enkele weken minder.

1.2 Bijwerkingen van opiaten

Morfine is vernoemd naar Morpheus, de Griekse god van de slaap. Deze naam duidt op de belangrijkste bijwerkingen van morfine en opiaten in het algemeen, namelijk *slaperigheid en sufheid*. Daarnaast kunnen opiaten soms misselijkheid en braken geven. Na een paar dagen worden deze bijwerkingen veelal minder. Bij een dosisverhoging kunnen zij echter opnieuw optreden. Daarom geldt als algemene regel bij gebruik van opiaten, dat de maximum dosering wordt bepaald door twee bepalende factoren: ten eerste het bereiken van voldoende pijnstilling en ten tweede het optreden van onbehandelbare en voor de patiënt onaanvaardbare bijwerkingen.
Een andere bijwerking is *obstipatie*. Deze bijwerking van opiaatgebruik komt zeer veel voor en is soms een reden om met deze vorm van effectieve pijnstilling te stoppen. Obstipatie op zich geeft ook weer pijn, algemeen onbehagen, misselijkheid en braken. Het is daarom noodzakelijk om naast opiaten altijd laxeermiddelen te gebruiken. Treedt desondanks obstipatie op, dan moeten extra orale laxantia worden voorgeschreven, in combinatie met rectaal laxeren (klysma).
Een derde bijwerking, die kan optreden bij langdurig gebruik, betreft *lichamelijke gewenning,* waardoor er ontwenningsverschijnselen kunnen optreden zodra met de medicatie wordt gestopt. Deze lichamelijke gewenning mag niet worden verward met geestelijke afhankelijkheid of verslaving. Teneinde lichamelijke onthoudingsverschijnselen te voorkomen, moet het gebruik van opioiden geleidelijk en op voorschrift van de arts afgebouwd worden.

1.3 Vooroordelen over opiaten

Niet alleen patiënten, maar ook artsen en verpleegkundigen kunnen soms vooroordelen over pijnmedicatie hebben die een adequaat gebruik van die middelen in de weg staan.
Een eerste vooroordeel dat we hier willen weerleggen is dat opiaten altijd *geestelijke verslaving* zouden geven. Iemand is verslaafd wanneer hij of zij een sterke, haast onontkoombare drang vertoont tot gebruik van een middel en dit nodig heeft om aangename sensaties te krijgen. Verslaving treedt echter niet op als opiaten worden gebruikt om pijn te bestrijden en gedoseerd zijn in hoeveelheden afgestemd op de pijnintensiteit van een patiënt.
Een tweede vooroordeel betreft het idee dat opiaten een grote kans op *ademdepressie* zouden geven. Ademdepressies zijn in het algemeen een gevolg van overdosering. Onder de voorwaarde dat de dosis morfine (of een aanverwante stof) afgestemd is op de pijn van de individuele patiënt, treden bijna nooit ademdepressies op.

Een derde vooroordeel betreft de angst dat het middel *bij langdurig gebruik uiteindelijk niet meer werkt*. Je hoort vaak: 'Ik wil nu nog niet aan de morfine, want als ik het straks echt nodig heb, helpt het niet meer.' Deze vrees is echter onterecht; opiaten blijven ook over een langere termijn werkzaam.
Een vierde vooroordeel heeft te maken met het idee dat *als opiaten worden voorgeschreven de terminale fase is aangebroken*. Dit is onjuist: opiaten worden voorgeschreven bij ernstige chronische maligne pijn, onafhankelijk van de ziektefase. Wel is het zo, dat kankerpatiënten in de laatste levensfase vaker ernstige pijn hebben, dus ook vaker opiaten nodig hebben.
Een vijfde vooroordeel dat kan leven bij patiënten en naasten, maar ook bij veel artsen en verpleegkundigen, betreft de idee dat *opiaten in oplopende doseringen geschikt zouden zijn om lijden in het algemeen in de stervensfase te verzachten*. Ook dat is onjuist. Opiaten zijn geschikt voor het bestrijden van pijnklachten en moeten worden toegediend op geleide van deze klachten. Het nog verder ophogen van morfine als de pijn effectief is bestreden brengt het risico van hallucinaties en andere voor de patiënt belastende bijwerkingen met zich mee.

1.4 Basisprincipes bij toediening pijnmedicatie

Enkele eenvoudige basisprincipes bij pijnmedicatie uit categorie 1 en 2 (zie hiervoor), die zowel gelden bij patiënten met acute pijnen als bij patiënten met chronische maligne pijn, zijn:

- *voordat pijnmedicatie wordt voorgeschreven dient de pijn in kaart te worden gebracht* (zie hoofdstuk 3), zodat het effect van de medicatie beter kan worden beoordeeld. Bovendien kan de juiste pijnmedicatie alleen dan worden voorgeschreven als gegevens over de pijn bekend zijn;
- *bij het voorschrijven van pijnmedicatie moet de arts zich zoveel mogelijk baseren op de zogenaamde analgetische 'ladder' van de World Health Organization (WHO, 1996)*. Uitgangspunt van deze WHO-handleiding is dat in eerste instantie gekozen moet worden voor niet-opioïde pijnstillers alvorens deze te combineren met opiaten. Ook wordt in eerste instantie gekozen voor de meest eenvoudige toedieningsweg (oraal) boven andere, meer ingewikkelde of meer belastende toedieningswegen;
- *bij continue pijn moet de pijnmedicatie op vaste tijden, verspreid over 24 uur en met een interval afhankelijk van de werkingsduur van het medicijn, worden gebruikt of toegediend*. Door pijnmedicatie regelmatig en op vaste tijden te geven kan er gezorgd worden voor een continue, effectieve concentratie van het geneesmiddel in het bloed (plasmaspiegel). Pijnmedicatie die wordt voorgeschreven op 'zo nodig'-basis is slechts zinvol als de pijn incidenteel is;

- *bij aanvalsgewijs optreden van pijn of pijn gerelateerd aan activiteiten (mobiliseren, eten, verzorging, wondtoilet, etc.) moet de patiënt extra pijnmedicatie kunnen gebruiken.* Aanvallen of tijdelijke toename van pijn bovenop continue pijn wordt doorbraakpijn genoemd. De aan activiteiten gerelateerde pijn wordt ook wel als incidentiepijn benoemd. Bij doorbraakpijn en incidentiepijn wordt bij voorkeur een snelwerkend analgeticum gegeven. Zo kan een patiënt met chronische kankerpijn gebaat zijn met een opiaat met gereguleerde afgifte met daarbij een opiaat met directe afgifte bij doorbraakpijn. Zo'n snelwerkend analgeticum kan ook worden gebruikt vóórdat pijn optreedt: zo kan extra pijnmedicatie een half uur voor lichamelijke verzorging of wondtoilet worden toegediend. Bij gebruik van speciale toedieningsapparatuur bij continue intraveneuze of subcutane toediening van pijnmedicatie kan vaak gebruik worden gemaakt van een speciale 'knop' die de patiënt in staat stelt zichzelf op geleide van zijn eigen pijn extra pijnmedicatie toe te dienen. Deze vorm van patiënt gestuurde pijnbestrijding wordt Patient Controlled Analgesia (PCA) genoemd;
- *als pijnmedicatie geen of onvoldoende effect sorteert of gepaard gaat met voor de patiënt onaanvaardbare bijwerkingen, moet op een andere dosering, een ander soort of een andere combinatie van pijnmedicatie worden overgegaan.* Om te kunnen beoordelen of pijnstillers effectief zijn, moet men nagaan of de medicijnen in voldoende doses en conform het voorschrift zijn gebruikt. De effectiviteit van pijnmedicatie kan alleen zorgvuldig worden getoetst als regelmatig de pijnintensiteit wordt gemeten (zie hoofdstuk 3) en eventuele bijwerkingen in kaart worden gebracht. In overleg met de arts kunnen veranderingen worden aangebracht in de dosering en/of de medicatie;
- *als pijnstillers niet meer op de voorgeschreven toedieningsweg kunnen worden gebruikt, moet worden overgestapt op een andere toedieningsweg.* Het kan voorkomen dat een patiënt, soms tijdelijk (bijvoorbeeld door misselijkheid of een operatie), geen orale pijnmedicatie meer kan gebruiken. Sommige pijnstillers kunnen ook rectaal, sublinguaal of transdermaal worden toegediend. Andere pijnstillers kunnen beter subcutaan, intraveneus of intramusculair worden gegeven. In enkele gevallen kan worden gekozen voor spinale (epidurale of intrathecale) toediening. Soms kan de keuze voor een andere toedieningsweg ertoe leiden dat de dosering van het medicijn kan worden verminderd, zodat eventuele onaangename bijwerkingen verdwijnen. De keuze van de toedieningsweg dient te worden vastgesteld door de arts, in overleg met de verpleegkundige en, niet te vergeten, de patiënt zelf. Het mag nooit voorkomen dat aan een patiënt noodzakelijke pijnstilling wordt onthouden omdat de voor-geschreven toedieningsweg onverhoopt niet

mogelijk is. De verpleegkundige moet er dan meteen voor zorgen dat de arts een andere toedieningsweg voorschrijft. Als er zich problemen met deze keuze voordoen, kan contact worden opgenomen met een pijnteam of een consultatieteam op het terrein van palliatieve zorg.

1.5 Effectiviteit van pijnmedicatie

De effectiviteit van pijnmedicatie (uit de categorieën 1 en 2, zie § 1.1 uit dit hoofdstuk) kan men het beste controleren op het ogenblik dat de werking het sterkst is, dat wil zeggen tijdens het piekeffect. Wanneer het piekeffect wordt bereikt is afhankelijk van de farmacologische eigenschappen van het medicijn en de toedieningsweg.
Voor orale pijnmedicatie met directe afgifte geldt over het algemeen dat een piekeffect na ongeveer 60-90 minuten wordt bereikt. Voor medicatie met gereguleerde afgifte geldt natuurlijk een veel langere tijdsduur voordat het piekeffect wordt bereikt.
Voor sublinguale, rectale, transdermale en subcutane toediening gelden per medicijn verschillende tijden.
Bij intraveneuze toediening van opiaten is de werking versneld omdat ze direct in de bloedbaan worden toegediend. Er is al een sterk effect na 6-10 minuten te verwachten. Echter, na 45-60 minuten heeft een intraveneuze dosis nog maar weinig effect. Intraveneuze pijnstilling is daarom vooral zinvol in de vorm van continue toediening via een infuus.
De snelheid waarmee een optimaal effect bij spinale toediening van pijnmedicatie wordt bereikt hangt af van het soort en de dosering van de pijnmedicatie en of er in de epidurale, dan wel in intrathecale ruimte toediening plaatsvindt.
Voor alle toedieningswegen en alle analgetica geldt dat een optimaal effect wordt bereikt als grote schommelingen in de concentratie van het middel in het bloed worden vermeden. Dit betekent dat continue toediening of toediening op vaste tijden volgens schema de voorkeur geniet bij continue pijn. Bij het bepalen van het interval tussen de giften volgens schema moet rekening gehouden worden met het piekeffect en de werkingsduur van de medicatie. Zo heeft bijvoorbeeld Paracetamol oraal een piekeffect na 60-90 minuten en een werkingsduur van 4-6 uur; er moet daarom gekozen worden voor een interval van 4-6 uur (verstrekking 4–6 maal per dag, gelijkmatig verdeeld over 24 uur). Bij fentanylpleister (transdermale toediening) geldt een inwerkingstijd van 12-16 uur; tijdens deze tijd moeten dus andere pijnstillers als overbrugging worden gebruikt.
Wanneer een patiënt op het ogenblik van het piekeffect nog pijn heeft, zul je een arts moeten waarschuwen of – wanneer daar al bij voorbaat toestemming voor is gegeven en na overleg met de patiënt – de dosis moeten verhogen.

Hoewel de arts degene is die pijnmedicatie voorschrijft, is de verpleegkundige veelal degene die ervoor zorgt dat een patiënt de pijnmedicatie ook werkelijk krijgt. De verpleegkundige kan met de arts overleggen over de voor een patiënt meest geschikte toedieningsvorm van de pijnmedicatie. Ook is het de verpleegkundige die observeert en rapporteert of de pijnmedicatie het gewenste effect heeft en of er sprake is van bijwerkingen. Door haar terugkoppeling naar de artsen heeft zij daardoor directe invloed op het medicatiebeleid.
Informatieverstrekking aan de patiënt en familie over bijvoorbeeld de werking en bijwerkingen van een medicijn is belangrijk om een zorgvuldig en adequaat gebruik van de medicatie te bevorderen.
De verpleegkundige is ook mede bepalend voor hoeveel en hoe vaak een patiënt pijnmedicatie krijgt. Dit laatste geldt vooral bij een 'zo nodig' voorschrijfbeleid. Uit onderzoek (Hamers, 1995; Francke, 1996) blijkt dat verpleegkundigen, ook bij hevige pijn, vaak minder pijnmedicatie geven dan geïndiceerd. Verpleegkundigen en andere hulpverleners zijn, zoals in een van de vorige paragrafen is beschreven, soms onnodig bang voor bijwerkingen, wat kan resulteren in onvoldoende toediening.

2 Psychosociale interventies toepasbaar voor verpleegkundigen

2.1 Informatieverstrekking

In de afgelopen 30 jaar is een indrukwekkende hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de relatie tussen informatieverstrekking door verpleegkundigen en/of andere hulpverleners op pijn van patiënten (zie onder meer het systematische literauuroverzicht van Devine, 1992). Uit de vele studies die vooral rondom postoperatieve pijn en informatieverstrekking zijn gedaan kan afgeleid worden dat op de patiënt afgestemde informatie een gunstig effect heeft op pijn, waarbij wel rekening moet worden gehouden met de volgende basisprincipes:
- ga eerst na welke vragen er (nog) bij een patiënt leven;
- geef verschillende soorten informatie;
- probeer informatie af te stemmen op de patiënt.

2.1.1 Nagaan welke vragen er (nog) bij een patiënt leven

Pas nadat je hebt gepolst wat een patiënt wil weten en welke onduidelijkheden er (nog) zijn, start je met het geven van informatie. Vragen en

onduidelijkheden bij een patiënt kun je op het spoor komen door vragen te stellen als: 'Heeft u bepaalde vragen over de operatie of behandeling?' en 'Wat heeft u op de polikliniek al van de arts gehoord?' Hoewel informatie ook zeker door de arts gegeven moet worden, blijkt in de praktijk dat veel ervan niet blijft hangen, zelfs bij zeer nauwkeurige en begrijpelijke informatie. Ook vanuit dit oogpunt moet een verpleegkundige dus gespitst zijn op eventuele onduidelijkheden en vragen van een patiënt.

2.1.2 Geven van verschillende soorten informatie

Bij verschillende soorten informatie denken we aan:

- *informatie over gebeurtenissen:* bijvoorbeeld informatie over wanneer en hoe een pijnlijke procedure (operatie, pijnlijk onderzoek, punctie, injectie en dergelijke) zal worden uitgevoerd;
- *informatie over gewaarwordingen,* ook wel gewaarwordingsinformatie genoemd. Dit is informatie over wat iemand zal horen, zien, voelen of ruiken tijdens een pijnlijke procedure. Gewaarwordingsinformatie is heel belangrijk omdat een patiënt dan kan onderscheiden wat 'normaal' en 'abnormaal' is. Zo zal een patiënt die een pijnlijk onderzoek moet ondergaan, als hij of zij heeft gehoord hoe de pijn waarschijnlijk zal voelen, minder angstig en onzeker zijn wanneer de pijn inderdaad optreedt. Dit kan vervolgens weer invloed hebben op de mate waarin iemand pijn ervaart. Informatie over gewaarwordingen vinden verpleegkundigen meestal moeilijker om te geven dan informatie over gebeurtenissen. Dit is jammer omdat een combinatie van deze typen informatie juist een geruststellend effect kan hebben (Van Vliet, 2001);
- *informatie over wat patiënten zelf kunnen doen om pijn te voorkomen of te bestrijden.* Bijvoorbeeld: bij een patiënt die een buikoperatie heeft ondergaan vertel je dat diep ademen en ophoesten belangrijk zijn om complicaties te voorkomen en dat men de pijn die ademen en ophoesten meebrengen, kan verlichten door met de vlakke hand het wondgebied te ondersteunen. Door een dergelijke actieve, participerende houding is een patiënt soms minder angstig en kan hij het gevoel hebben meer controle over de pijn te hebben. Dit kan een gunstig effect hebben op pijn. Het feit, dat men zelf ook iets kan doen tegen de pijn en daarbij niet volledig afhankelijk is van anderen, kan een gevoel van autonomie geven, wat een angst en stress verminderende en daardoor mogelijk ook een pijn verminderende werking zou kunnen hebben;
- *informatie over de werking, bijwerkingen en het belang van medicijnen.* Zo moet je bijvoorbeeld bij een patiënt die om de vier uur pijnmedicatie krijgt, vertellen dat het – in verband met het opbouwen van een effectieve en continue concentratie van het middel in het bloed – zinvol is om deze medicijnen reeds te slikken op momenten dat men nog geen ernstige pijn

heeft. Leg de patiënt uit dat hij of zij op deze manier de pijn als het ware een stap voor blijft.

Ook is informatie belangrijk om eventuele vooroordelen over bijwerkingen van pijnmedicatie (zie § 1.3 van dit hoofdstuk) weg te nemen en daardoor effectieve pijnstilling te bevorderen. Daarbij moet je aandacht besteden aan waarom het gebruik van pijnmedicatie belangrijk is; de gevolgen van onvoldoende pijnstilling voor het lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel functioneren kunnen immers groot zijn. Zo is bijvoorbeeld bekend dat onvoldoende pijnstilling na een operatie kan leiden tot postoperatieve complicaties (longontsteking, trombose, decubitus), vertraagde wondgenezing en langzamer lichamelijk herstel, alsmede postoperatieve psychische stress. Daarnaast kan niet-effectieve bestrijding van acute pijnen tot gevolg hebben dat uiteindelijk de pijn een chronisch karakter krijgt.

2.1.3 Afstemmen van de informatie op de patiënt

Mensen kunnen globaal worden onderverdeeld in 'hoog-monitors' en 'laag-monitors'. Hoog-monitors zijn mensen die zich zo goed mogelijk op een operatie, onderzoek of de behandeling in het algemeen wensen voor te bereiden. Ze willen daarom gedetailleerde informatie daarover. Het zijn de mensen die zichzelf via navragen bij hulpverleners en (ex-)patiënten, via speurwerk in patiëntenbrochures, boeken en op internet, al goed geïnformeerd hebben. De mensen uit deze groep zijn het meest met vroegtijdige informatie door bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen gebaat. Deze patiënten willen vaak tot in detail geïnformeerd worden. Uit onderzoek is gebleken dat het geven van zeer *gedetailleerde* informatie echter niet perse betekent dat dit altijd goed is voor de patiënt; informatie over te veel details kan angstig maken (Van Vliet, 2001).

Laag-monitors zijn mensen die de situatie meester proberen te blijven door daar niet te veel mee bezig te zijn. Ook laag-monitors willen wel informatie, maar zeker niet te uitgebreid.

Hoe kom je er achter wat voor soort patiënt je voor je hebt en hoeveel informatie die wil? Het kan bijvoorbeeld in het opnamegesprek duidelijk worden hoeveel informatie een patiënt wil hebben over een bepaalde behandeling. Je kunt er ook gewoon naar vragen of een patiënt misschien al patiëntenbrochures of iets dergelijks heeft gelezen of al bij de arts vragen heeft gesteld over wat hem te wachten staat.

2.2 Begeleiding

Volgens het woordenboek van Van Dale betekent begeleiding 'iemand op zijn weg vergezellen'. Vertaald naar de relatie verpleegkundige-patiënt

betekent begeleiding 'de ander niet alleen laten, maar deze vergezellen op zijn of haar soms moeilijke en pijnlijke weg'. Ook begeleiding kan een gunstige invloed hebben op bijvoorbeeld de mate waarin iemand angstig of gespannen is, waardoor de pijn soms minder wordt.

De problemen en angsten waar patiënten mee kunnen kampen zijn velerlei. Zo zijn vrouwen die een kind gaan krijgen, soms bezig met vragen als: 'Kan ik de pijn wel aan? Zal mijn kind gezond zijn?' Deze vragen kunnen gepaard gaan met angstgevoelens die ook gevolgen kunnen hebben voor de pijn tijdens de bevalling.
Chirurgische patiënten voorafgaande aan de operatie zijn soms angstig voor de narcose, voor complicaties tijdens de operatie en pijn.
Ook van patiënten met chronische pijnen is bekend dat zij het dikwijls moeilijk hebben. Door pijn, depressie, vermoeidheid, boosheid, angst en spanning komen met name deze patiënten soms in een vicieuze cirkel terecht, die, zonder hulp en begeleiding, moeilijk te doorbreken is.

Belangrijk is het om niet alleen oog te hebben voor het feit dat angsten en problemen de pijn kunnen versterken. Angst kan ook een gevolg zijn van pijn. Zo zal bijvoorbeeld een kankerpatiënt die op een nieuwe plaats pijn krijgt, vaak (terecht) bang zijn voor metastasen. Als verpleegkundige moet je een gevoelig oor ontwikkelen voor het eigen verhaal van een patiënt en je de vraag stellen: 'Wat doet de pijn met deze patiënt en welke gevoelens en gedachten heeft de patiënt hierbij?' Soms worden emoties en problemen niet rechtstreeks verteld, maar verschuilen deze zich achter een pijnklacht. Voor sommige mensen is het relatief makkelijker over lichamelijke pijn te praten dan over problemen als eenzaamheid, machteloosheid, relatieproblematiek, angst, woede en verdriet.

Voor patiënten is het belangrijk dat zij het gevoel krijgen dat problemen uitgesproken kunnen en mogen worden. Een verpleegkundige kan daarbij een patiënt helpen door te vragen:'Zit u ergens over te tobben?' of 'Ik heb het gevoel dat u gespannen bent, kan ik iets voor u doen?' Soms komt er dan uit dat een patiënt bang is voor pijn, de operatie, een uitslag van een onderzoek of voor lichamelijke aftakeling. Als verpleegkundige moet je de patiënt de ruimte geven zich te uiten. Dit mag echter nooit worden geforceerd. Een vertrouwensrelatie tussen verpleegkundige en patiënt is heel belangrijk en moet eerst worden opgebouwd.

Veel verpleegkundigen vinden begeleiding van een patiënt (al dan niet met pijn) heel belangrijk. Toch weet men aan begeleiding niet altijd inhoud te geven; men weet niet 'hoe en wat' te zeggen. Wanneer een patiënt met een

moeilijk onderwerp komt (bijvoorbeeld een reële angst voor verdergaande aftakeling en nog meer pijn), weet een verpleegkundige soms niet hoe ze moet reageren om iemand te ondersteunen. Verpleegkundigen voelen zich vaak naar omdat ze geen kant en klare oplossing kunnen geven. Gesprekken worden daardoor soms snel afgebroken. Toch kan een patiënt zich al gesteund voelen als je luistert en bijvoorbeeld zegt dat je met hem meeleeft.

Ook non-verbaal contact kan daarbij belangrijk zijn: een troostend gebaar, oogcontact, het stil naast iemands bed zitten zonder dat er gesproken wordt, et cetera. Hoe effectief niet-woordelijk contact kan zijn, kun je bij kinderen goed zien. Wanneer een kind gevallen is en pijn heeft wil het geknuffeld worden of een kusje op de zere plek. Voor volwassenen kan non-verbaal contact ook belangrijk zijn. De mate waarin en de wijze waarop aanraking daarbij mogelijk is, wordt sterk bepaald door onze westerse cultuur: we leven in zekere zin in een 'no-touch society' waarin bij aanraking al gauw wordt gedacht dat 'iemand iets van je wil'. Toch is het goed om te beseffen dat door heel veel noodzakelijke activiteiten aanraking plaatsvindt. *Hoe* je dat doet is daarbij essentieel: je kunt iemand wassen op een heel kille, instrumentele manier, maar je kunt iemand ook wassen op een contact-makende manier. Een patiënt zal altijd voelen of hij wordt gezien als een lichaam dat gewassen moet worden of als een mens die bij ziekte en pijn bijgestaan wordt door een ander mens.
De effecten van verbale of non-verbale begeleiding door verpleegkundigen zijn (nog) niet bij allerlei verschillende patiëntengroepen en settings onderzocht. Begeleiding is moeilijk te standaardiseren en heeft - terecht - veel spontane elementen, wat onderzoek naar de effecten daarvan bemoeilijkt. Uit een recent systematisch literatuuroverzicht (Hodnett, 2002) is echter bekend dat wanneer vrouwen tijdens een bevalling begeleid worden door een verpleegkundige, vroedvrouw of leek die gedurende de bevalling continu aanwezig is en hen prijst en aanmoedigt, minder pijn hebben. Ook uit andere studies bij uiteenlopende patiëntengroepen, zijn er aanwijzingen dat wanneer een hulpverlener een bemoedigende, invoelende houding heeft en 'er is' voor de patiënt, dit pijn en angst kan verminderen (Van Dulmen en Bensing, 2001).

3 Aanvullende interventies toepasbaar voor verpleegkundigen

In de nu volgende paragrafen gaan we in op aanvullende interventies. Met aanvullend (ook wel 'complementair' genoemd) bedoelen we dat deze interventies de hiervoor beschreven farmacologische en psychosociale interven-

ties niet kunnen vervangen, maar daar wel een aanvulling op kunnen zijn. Mogelijk kan de werkzaamheid van farmacologische en psychosociale interventies versterkt worden, als zij gecombineerd worden met aanvullende interventies (McCaffery en Beebe, 1994).

3.1 Massage

Massage kan lichaam en geest ontspannen en stimuleert de bloedcirculatie. Tevens wordt door massage de druk op bepaalde weefsels verhoogd, waardoor er op deze plaatsen ook pijnverlichting kan optreden (denk aan de pijnlijke kies waar je met je vinger op drukt om de pijn te verlichten; zie Poorttheorie, hoofdstuk 2). Een ander mogelijk effect heeft betrekking op de communicatie tussen verpleegkundige en patiënt. Uit de praktijk is bekend dat door het handen-op-lichaam-contact er soms een open sfeer kan ontstaan, waardoor men eerder tot een diepgaand gesprek kan komen. Ook kan massage patiënten die veel littekens hebben of bij wie een amputatie is uitgevoerd, helpen om hun lichaam te accepteren.
In de brede zin van het woord past iedere verpleegkundige massage toe, bijvoorbeeld door een patiënt te wassen of te wrijven. Toch wordt massage, behalve bij bijvoorbeeld een pijnlijke nek of schouder, in Nederlandse instellingen nog nauwelijks gericht en bewust toegepast (Francke, 1996). Dit zou kunnen komen doordat massage voor sommige mensen een alternatieve of seksuele bijklank heeft. Bij degenen die moeite hebben met aanraking, kan men een massage van de rug, onderbenen, voeten of handen voorstellen. Waarschijnlijk is een handmassage het minst beladen voor mensen die moeite hebben met aanrakingen.

Voorbeeld (hand- en voetmassage)
Zorg dat het rustig is op de kamer. Doe de bedgordijnen dicht en zorg dat de patiënt prettig zit of ligt. Pak een stoel of ga op de rand van het bed zitten. Zet eventueel een bandje met rustige, door de patiënt zelf gekozen muziek op. Giet wat massage-olie of een milde bodylotion in je eigen handpalmen en zorg dat deze op lichaamstemperatuur komt. Pak dan de hand of voet van de patiënt en begin deze kalm te masseren. Masseer zowel de onder- en bovenkant als de vingers of tenen. Herhaal deze handelingen bij de andere hand of voet. Neem hier minstens 5 tot 10 minuten de tijd voor. Laat het aan de patiënt over of er bij gepraat wordt.

Naar de effecten van ontspannende massages (zoals de hiervoor beschreven hand- en voetmassage) is nog te weinig goed opgezet wetenschappelijk

onderzoek gedaan om stellige uitspraken te doen over de effecten op pijn. Wel worden er bijvoorbeeld uit de hoek van de palliatieve hulpverlening positieve ervaringen gerapporteerd (Witkamp en Van Zuylen, 2002).

3.2 Ontspanningsoefeningen

Ook ontspanningsoefeningen kunnen geest èn lichaam rust geven. Naast een spierontspannende werking zouden ontspanningsoefeningen een gunstig effect hebben op iemands stemming, vermoeidheidsverschijnselen, ademhalingsfrequentie, hartslagfrequentie en bloeddruk.
Het aanleren van ontspanningsoefeningen (ook vaak aangeduid met relaxatietechnieken) wordt het meest door psychologen, en soms ook door fysiotherapeuten, gedaan. Verpleegkundigen kunnen daarbij een ondersteunende en stimulerende rol hebben. Verder is het ook mogelijk dat verpleegkundigen zelf patiënten eenvoudige oefeningen leren om zich beter te ontspannen (VWR/CBO, 1994). Hier volgt een voorbeeld van zo'n simpele oefening.

Voorbeeld (ontspanningsoefening)
Zorg dat je niet door anderen gestoord kunt worden. Zorg dat de patiënt prettig en ontspannen zit of ligt. Probeer dan beiden aan vredige, prettige beelden of herinneringen te denken. Dit kan bijvoorbeeld een wandeling door een zonnig bos zijn of een fijne herinnering aan een (klein)kind (zie figuur 5-1). Haal dan samen met de patiënt ritmisch, rustig en vanuit de buik adem. Neem hier minstens 10 minuten de tijd voor.

Wanneer er sprake is van chronische pijn, kan men dit soort oefeningen samen uitwerken en opnemen op een cassettebandje. Op deze manier kan een patiënt – onafhankelijk van hulpverleners – enkele malen per dag gestructureerd zijn oefeningen doen. Dit kan hem een gevoel van controle geven over zijn situatie, waardoor machteloosheid en pijn minder kunnen worden.
In de hiervoor beschreven oefening kun je overigens twee elementen terugvinden: het oefenen om op een bepaalde manier adem te halen en het voor de geest halen van een rustgevend, prettig beeld. Wanneer een patiënt, onder begeleiding, een beeld gebruikt om de pijn draaglijker te maken spreekt men ook wel over geleide fantasie of suggestie.
Ontspanning en ontspanningstechnieken kunnen bij een breed scala aan pijnen gebruikt worden. Dat wil echter niet zeggen dat ook voor elke groep patiënten met pijn wetenschappelijk onderzocht is wat de effecten zijn. Wel wijzen systematische literatuuroverzichten (Good, 1996; Seers en Caroll, 1998) in de richting dat het gebruik van eenvoudige ontspanningstechnieken

(zoals ritmisch, rustig en vanuit de buik ademhalen) effect heeft op de pijnintensiteit van postoperatieve patiënten.

Figuur 5-1
Herinnering aan een (klein)kind als onderdeel van ontspanningstechniek (uit: Velick, 1992; titel: My mother/My daughter, 1976 © Pamela Harris)

3.3 Afleiding en afleidingstechnieken

Afleiding kan er toe bijdragen dat men tijdelijk minder denkt aan pijn. Ieder zal uit zijn of haar dagelijks leven of werk zonder enige moeite daarvan voorbeelden kunnen geven. Bijvoorbeeld het lezen van een boek, het uitoefenen van een hobby, het luisteren naar muziek, televisie kijken en (bij kinderen) leuk speelgoed, zijn allemaal zaken die patiënten afleiding kunnen geven en ertoe bij kunnen dragen dat de pijn minder op de voorgrond speelt. Je kunt als verpleegkundige daarvoor de mogelijkheden scheppen en de patiënt stimuleren.
Ook het gebruik van humor (denk bijvoorbeeld aan het optreden van 'cliniclowns' op kinderafdelingen) kan een bron van afleiding zijn. Volgens de bekende pijndeskundigen McCaffery en Beebe (1994) zou het kijken of luisteren naar een humoristische video- of geluidsband een bruikbaar middel

zijn kort vóór en tijdens pijnlijke, kortdurende procedures (zoals injecties of puncties). Bij dergelijke kortdurende procedures kan het soms ook helpen sterk te denken aan plezierige activiteiten en gebeurtenissen of aan mensen waar men veel van houdt.
Contacten met andere mensen kunnen eveneens afleiding geven. Bij patiënten met chronische pijnen zie je soms dat men door de voortdurende pijn niet meer in staat is om intensieve contacten met anderen te onderhouden of hobby's uit te oefenen. Daardoor kan men in een negatieve spiraal terecht komen, waarin men steeds meer op de pijn gefixeerd raakt. Het kan heel zinvol zijn om samen met de patiënt te zoeken naar (nieuwe) mogelijkheden om deze spiraal te doorbreken. Ook hier geldt dat je als verpleegkundige alert moet zijn op (sluimerende of duidelijk aanwezige) behoeften van een patiënt. Uiteraard moet nooit iets opgedrongen worden.
Hoewel zeker nog niet voor alle vormen van afleiding de effecten op pijn zijn onderzocht, komen er wel steeds meer wetenschappelijke aanwijzingen dat afleiding effectief is. Zo blijkt uit een systematisch literatuuroverzicht van Kleiber (2002) dat afleiding door middel van speelgoed, 'bellen blazen' of muziek luisteren via een koptelefoon, een gunstig effect heeft op de pijn en angst die kinderen ervaren rondom injecties en venapuncties. Ook blijkt het luisteren naar (zelfgeselecteerde) muziek effectief te zijn in het kader van het verlichten van postoperatieve pijn (zie de overzichtsstudie van Good, 1996).

3.4 Therapeutic Touch

Therapeutic Touch is een vorm van 'strijken' op een paar centimeter afstand van het lichaam. De patiënt kan aangekleed blijven en wordt tijdens het strijken aangemoedigd om zich liggend of zittend te ontspannen. De Therapeutic Touch-methode gaat er van uit dat iedereen een energieveld heeft. Door Therapeutic Touch gaat de betreffende hulpverlener op zoek naar verstoringen in het energieveld van de patiënt en probeert die weg te nemen door te strijken over de lengte van het lichaam van de patiënt.
In Nederland is er een groeiend aantal verpleegkundigen die een cursus voor Therapeutic Touch hebben gevolgd en daarvan in hun werk gebruik maken. Toch is de methodiek - binnen en buiten de beroepsgroep - omstreden. Er is nog weinig goed opgezet wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effecten van Therapeutic Touch op onder meer pijn. Voorstanders van Therapeutic Touch stellen vaak dat dat geen reden is om deze interventie niet uit te voeren: patiënten die geloven in het effect van deze methode zouden daar vaak baat van ondervinden, terwijl er weinig of geen kans op bijwerkingen is. Bovendien zou de persoonlijke aandacht die een patiënt krijgt als

gevolg van Therapeutic Touch, een positief effect hebben op het welbevinden van mensen, wat - indirect - ook consequenties zou kunnen hebben voor pijn.

3.5 Toepassing van warmte en koude

Zonnestralen, ijs en sneeuw waren misschien wel de eerste middelen die mensen gebruikten om hun pijn draaglijker te maken. Koude en warmte kunnen invloed hebben op de bloedcirculatie in huid en onderhuidse weefsels, waardoor pijnverlichting op kan treden.
Uit de praktijk is bekend dat koude ijskompressen of een koude, natte doek soms helpen bij bepaalde zwellingen (zoals bij oedemen na acute letsels) of bij een pijnlijke ontsteking van bloedvaten (flebitis). Door de remmende werking op de perifere circulatie, worden de pijnlijke zwellingen soms minder. Tevens zou het gebruik van koude – in de vorm van ijsblokjes of speciale koudepakkingen (coldpack) – zinvol zijn bij kortdurende procedures als biopsieën, puncties en pijnlijke injecties (McCaffery en Beebe, 1994).

Voorbeeld (gebruik van ijsblokjes)
Kort voor een pijnlijke procedure (biopsie, punctie, injectie) wrijf je met het ijsblokje over de plaats die waarschijnlijk straks pijn zal gaan doen. Tijdens de procedure wijk je uit naar een lichaamsplek in de buurt. Wrijf nooit langer dan tien minuten achter elkaar op één plek. Als de pijnlijke procedure langer dan tien minuten duurt, wijk dan uit naar lichaamsplaatsen verder uit de buurt. Een andere mogelijkheid is het ijs intermitterend te gebruiken. Bijvoorbeeld twee minuten ijstoevoer en dan wachten tot de huid weer normaal begint te kleuren, dan weer twee minuten ijstoevoer, enzovoort.

Ook warmte kan pijnverlichting geven. Zoals gezegd stimuleert warmte de bloedcirculatie en als er sprake is van pijnlijke spierspasmen (bijvoorbeeld bij menstruatiepijnen) kan warmte een spierontspannende werking hebben. Het gebruik van warmte en koude op een beschadigde huid (wond, decubitus, oedeem, verhoogde kans op bloeding, verhoogde gevoeligheid) is echter onverstandig.
Tot nu toe is er nog lang niet bij alle relevante patiëntengroepen voldoende wetenschappelijk onderzoek verricht om sterke conclusies te trekken over de mate waarin vormen van koude- en warmtetoediening effectief zijn. Het meeste onderzoek op dit gebied is waarschijnlijk verricht onder reumapatiënten. Toch komen Robinson e.a. (2002) in een systematisch literatuuroverzicht tot de conclusie dat er (nog) geen eenduidig wetenschappelijk

bewijs is voor de effecten van warmte- en koudepakkingen op de pijnen van reumapatiënten. Wel zouden warme baden waaraan paraffine is toegevoegd een gunstig effect hebben op reumatische (pijn)klachten in de handen (Robinson e.a., 2002).

3.6 Zorgen voor sfeer en omgeving

Aan welke omgeving een patiënt wordt blootgesteld ligt voor een gedeelte aan de ruimtelijke omgeving waarin men verkeert. Gelukkig hebben de meeste zorginstellingen die in de afgelopen tien jaar zijn gebouwd, relatief ruime en lichte kamers. Dit is mede belangrijk omdat er aanwijzingen zijn dat de ruimtelijke omgeving waarin iemand verkeert effect kan hebben op pijn. Zo bleken in een methodisch goed opgezet onderzoek chirurgische patiënten die op een blinde muur uitkeken meer pijnstillers nodig te hebben dan vergelijkbare chirurgische patiënten die vanuit hun ziekbed een uitzicht op bomen hadden (Ulrich, 1984; zie figuur 5-2).
Ondanks bepaalde gegevenheden (zoals de bouw van een zorginstelling)

Figuur 5-2
Een mooi uitzicht vanuit het ziekbed heeft invloed op pijn (foto: Wobke Vermaat, Visual Art Studio te Zwolle)

kunnen verpleegkundigen zelf veel toevoegen aan de ruimtelijke omgeving van een patiënt. Verpleegkundigen kunnen er voor zorgen dat er smaakvolle reproducties aan de wand hangen, zij kunnen stimuleren dat patiënten die langer in een instelling verblijven eigen spullen meenemen om de kamer aan te kleden, zij kunnen zorgen dat de bloemen van een patiënt regelmatig ververst worden, zij kunnen de zaal/kamer versieren tijdens verjaar- of feestdagen, enzovoort.

3.7 Zorgen voor (nacht)rust

Veel patiënten hebben door pijn, spanning, angst of door het verblijf in een vreemde omgeving last van slapeloosheid. Slapeloosheid kan vervolgens weer negatieve invloed hebben op pijn, spanningen en angst en dan dreigt het gevaar om in een kringloop terecht te komen.
Een van de vragen die een verpleegkundige moet stellen aan een patiënt die te kampen heeft met slapeloosheid is: 'Heeft u ergens pijn?' Als dit het geval is kun je, in overleg met arts en patiënt, pijnmedicatie toevoegen of een andere pijn reducerende interventie (zie hiervoor) toepassen.
Tevens zul je naar eventuele andere oorzaken dan pijn moeten kijken, en bijvoorbeeld moeten vragen of een patiënt 's nachts ligt te piekeren. Wanneer dit het geval is, helpt het vaak wanneer je een tijdje naast iemands bed gaat zitten en daarbij, als de patiënt daar behoefte aan heeft, wat praat. Als voorbeeld een fragment uit een nachtelijk gesprek tussen een verpleegkundige en een mevrouw die geopereerd is in de onderbuik.

Voorbeeld
Patiënte: 'Overdag gaat het wel... maar 's nachts gaat er van alles door me heen. Ik heb dan pijn en voel me dan heel alleen. Ik ben nu moe. Maar mijn zenuwen zijn er nu uit, nu ik even met u gesproken heb.'
Verpleegkundige: 'Denkt u dat u nu kunt slapen? Zullen we dan afspreken dat u probeert te slapen en dat ik over een klein uur terug kom om te kijken of het nodig is dat ik nog een poosje bij u kom zitten?'

3.8 'Eenvoudige, vanzelfsprekende' interventies

Verpleegkundigen zijn zich er soms niet van bewust hoe belangrijk en effectief bepaalde eenvoudige interventies zijn. Zo kan een simpel iets als het geven van een glas melk een branderig gevoel in de maag doen verdwijnen. Het de patiënt frequent voorzien van licht verteerbare, kleine porties eten kan pijnlijke darm- en maagkrampen soms voorkomen en bestrijden. Het

tillen van een pas geopereerde patiënt door twee verpleegkundigen (in plaats van door één verpleegkundige) kan erge pijn bij het verplaatsen in bed voorkomen, enzovoort.
Door de alledaagsheid en vanzelfsprekendheid van dit soort interventies zullen verpleegkundigen ze niet altijd in verband brengen met pijnbestrijding. Dit impliceert echter zeker niet dat ze niet belangrijk zouden zijn. Vaak is het een zoeken, samen met de patiënt, naar wat – mogelijk tijdelijk – effect heeft.
Wanneer al langer pijnklachten bestaan, heeft een patiënt meestal zelf methoden gevonden die pijn kunnen verlichten, zoals het beroemde kussentje of schapenvachtje dat iemand 's nachts tegen een pijnlijke plek aan legt. Het zou zinvol zijn als verpleegkundigen, bijvoorbeeld bij het afnemen van een pijnanamnese, meer gingen letten op welke pijnbestrijdingsmethoden patiënten zelf aanwenden. Dit kan bruikbare ideeën voor verpleegkundige interventies, bij deze of bij andere patiënten, opleveren.

3.9 Communicatie met de familie en andere hulpverleners

Verpleegkundigen hebben ook een duidelijke functie in de communicatie met de partner, ouders of andere naaste familieleden. Zo kun je als verpleegkundige de interventies bij pijn ook aan de familie uitleggen, opvattingen die familieleden over pijn of pijnbestrijding bespreekbaar maken en eventuele misvattingen corrigeren.
Bij de omgang met familie is het goed om je te realiseren dat het vaak heel moeilijk is om een geliefd persoon pijn te zien lijden. Familie en vrienden kampen soms eveneens met angst en stress. Naasten van de patiënt voelen zich vaak machteloos als men de ander pijn ziet lijden en het gevoel heeft niets te kunnen doen. Ook voelen de belangrijke relaties van een patiënt zich vaak onzeker over wat zij wel en niet kunnen doen om de pijn van een patiënt te verlichten. Zij weten soms bijvoorbeeld niet of het nou wel of niet goed is als een patiënt actief/passief is, en of het nodig is dat men nog eens met de dokter praat. Een gesprek met een verpleegkundige kan op sommige van die vragen meer licht werpen en de relaties van een patiënt het gevoel geven dat men niet aan de kant staat zonder iets te kunnen doen.
Ook voor de verpleegkundige zelf is contact met naasten heel belangrijk. De familie of andere naasten kennen de patiënt meestal goed en kunnen soms aanvullende informatie geven over hoe de patiënt bijvoorbeeld omgaat met de pijn of over welke pijnbestrijding al heeft plaatsgevonden.

Niet alleen is een verpleegkundige een spil tussen familie en patiënt. Naar de artsen toe speelt zij eveneens een belangrijke rol. Artsen bepalen hun medi-

sche behandelingsplan immers voor een groot gedeelte op grond van de observaties van verpleegkundigen.
In het kader van haar coördinerende taken moet de verpleegkundige soms tevens contact zoeken met andere hulpverleners, bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een maatschappelijk werker of een diëtiste.

4 Enkele interventies door andere disciplines

4.1 Zenuwbaanblokkade

Een van de medische technieken die worden toegepast bij bepaalde chronische pijnen is het onderbreken van de geleiding van prikkels in het zenuwweefsel: de zogenaamde zenuwbaanblokkade. Een zenuwbaanblokkade wordt voornamelijk gedaan bij chronische pijnen waar duidelijk sprake is van weefselbeschadiging en die in een beperkt gebied gelokaliseerd zijn. De onderbreking in de zenuwbaan kan worden aangebracht door:
1 infiltratie met een lokaal verdovingsmiddel (anestheticum),
2 chemische onderbreking van de prikkelgeleiding met behulp van fenol of alcohol, of
3 onderbreking van de prikkelgeleiding door hitte of koudeletsel aan te brengen in de zenuwbaan.
In het geval van kankerpatiënten zijn zenuwbaanblokkades vooral geïndiceerd bij die soorten pijn die samenhangen met ingroei van tumoren in zenuw- of botweefsel (Van Kleef en Vreeling, 1999).

4.2 Acupunctuur en acupressuur

Acupunctuur wordt door sommige artsen of andere hulpverleners die gespecialiseerd zijn in pijnbestrijding gebruikt om pijn te verlichten. Als men door acupunctuur pijnverlichting wil bewerkstelligen spreekt men ook wel over acupunctuuranalgesie. Bij acupunctuuranalgesie worden naalden in de zogenaamde acupunctuurpunten van de huid ingebracht.
Acupressuur is een variant op acupunctuur en wordt bijvoorbeeld bij kinderen (die angstig zijn voor naalden) soms toegepast. Door middel van druk met de handen op de acupunctuurpunten zou onmiddellijke pijnverlichting kunnen optreden.
Acupunctuur en acupressuur worden bij veel verschillende vormen van pijn toegepast; onder meer bij allerlei soorten chronische benigne pijnen. Er is echter nog lang niet voor elke groep patiënten waarbij acupunctuur of acupressuur wordt toegepast voldoende wetenschappelijk bewijs voor de ver-

meende gunstige effecten op pijn. Wel is er relatief veel onderzoek gedaan naar de effecten van acupunctuur op chronische hoofdpijnen die geen duidelijke lichamelijke oorzaak hebben (onder andere migraine). Een systematische review van Melchart e.a. (2002) wijst in de richting dat acupunctuur inderdaad resulteert in pijnverlichting bij die hoofdpijnen.

4.3 Fysiotherapeutische interventies

Een van de interventies die een fysiotherapeut uit kan voeren is *massage* van pijnlijke of stijve lichaamsdelen. Er is daarbij een onderscheid tussen de massages die (ook) verpleegkundigen kunnen toepassen: een verpleegkundige zal veelal masseren op de 'gezonde', niet-pijnlijke lichaamsdelen ter ontspanning van de patiënt, terwijl een fysiotherapeut zich juist heeft gespecialiseerd in massage van 'zieke' lichaamsdelen. Een voorbeeld van een fysiotherapeutische massage is de manuele lymfe-massage die men toepast wanneer mensen een pijnlijk gevoel hebben in hun arm als gevolg van lymfoedeem na een borstoperatie.
Fysiotherapeuten zijn eveneens gespecialiseerd in *oefentherapie* die bedoeld is om de activiteit van een patiënt te stimuleren. Oefentherapie wordt bijvoorbeeld toegepast bij patiënten die na een operatie of trauma immobiel zijn geworden. Oefentherapie wordt ook veel toegepast om pijnlijke contracturen en spieratrofie (bijvoorbeeld na een operatie of na bestraling) te voorkomen. Verder blijkt oefentherapie vaak bruikbaar bij patiënten met chronische benigne pijn die gestimuleerd worden om hun normale dagelijkse activiteiten weer op te pakken.
Ook kan de fysiotherapeut een patiënt *ontspanningstherapie* geven, waarbij een patiënt geleerd wordt bepaalde spieren te ontspannen of zich te ontspannen door op een bepaalde manier adem te halen (in dat geval zijn er overlappingen met de ontspanningstechnieken die verpleegkundigen kunnen toepassen en die zijn besproken in § 3.2 uit dit hoofdstuk).
Bij mensen die een operatie in borst- of buikgebied hebben ondergaan kunnen fysiotherapeuten *ademhalingsoefeningen* toepassen. Deze mensen liggen vaak gespannen in bed en durven niet goed door te ademen omdat dit pijn met zich meebrengt. Ademhalingsoefeningen zijn erop gericht de patiënt - ondanks de pijn - goed te leren doorademen en op te hoesten; dit ter voorkoming van longinfecties.
Ook kan de fysiotherapeut gebruik maken van *TENS* (Transcutane Electrische NeuroStimulatie) bij patiënten met chronische pijnklachten. TENS kan worden omschreven als stimulatie van de zenuwen via elektroden die aangebracht worden op de huid. TENS wordt bij veel verschillende soorten pijn toegepast: onder meer neuropathische pijnen, fantoompijnen,

Hoewel fysiotherapie helemaal ingeburgerd is in de gezondheidszorg, is er lang niet voor alle soorten fysiotherapeutische interventies en alle relevante patiëntengroepen wetenschappelijk bewijs dat ze werkzaam zijn. Bij sommige interventies is er wel al vrij veel onderzoek gedaan, maar zijn de resultaten van de verschillende studies tegenstrijdig. Dat geldt bijvoorbeeld voor het gebruik van TENS bij patiënten met verschillende soorten chronische pijnen (zie de systematische review van Carroll e.a., 2002).
Ook zijn er al vrij veel studies gedaan rondom oefentherapie bij patiënten met chronische lage rugpijn (zie NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2000). Daaruit blijkt dat oefentherapie een positief effect heeft op dit type pijn. Tevens is er vrij veel wetenschappelijk bewijs voor 'korte-termijn-effecten' van fysiotherapeutische massages op chronische lage rugpijn, vooral wanneer massage wordt gecombineerd met oefentherapie en voorlichting (zie de systematische review van Furlan e.a., 2002).

5 Interventies vanuit multidisciplinaire pijnteams

In de laatste 15 jaar zijn in een groeiend aantal Nederlandse ziekenhuizen gespecialiseerde, multidisciplinaire pijnteams (ook wel pijnwerkgroepen genoemd) gekomen. De hulpverleners in deze pijnteams krijgen mensen in behandeling die te kampen hebben met moeilijk te behandelen pijnen. Het betreft vaak patiënten met chronische pijn, die elders 'uitgedokterd' zijn en waar de huisarts en specialist geen effectieve behandeling voor weten of kunnen geven. Sommige pijnteams hebben speciale aandacht voor ongeneeslijk zieke (kanker)patiënten. Daarnaast houdt men zich binnen pijnteams ook bezig met patiënten met moeilijk te behandelen postoperatieve pijn en met patiënten waarvoor gespecialiseerde technieken (bijvoorbeeld epidurale pijnbestrijding en zenuwblokkades) worden gebruikt. Een multidisciplinair pijnteam heeft de volgende functie:

- gezamenlijk behandelen (klinisch en poliklinisch) van patiënten met zeer moeilijk te bestrijden pijn;
- opstellen van richtlijnen ten aanzien van het in kaart brengen van pijn (bijvoorbeeld ten aanzien van pijnanamnese, pijndagboek, pijnregistratie en rapportage);
- opstellen van richtlijnen en protocollen met betrekking tot pijninterventies;
- geven van informatie aan andere hulpverleners over nieuwe methoden van pijnbestrijding.

De deskundigen uit de pijnteams hebben meestal een medische (vaak anesthesiologische of neurologische) achtergrond. In multidisciplinaire pijnteams is zeer vaak ook de psychologische discipline vertegenwoordigd. Soms participeren in die teams ook verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, paramedici en apothekers. Taken voor verpleegkundigen binnen een pijnteam kunnen zijn:

- het in discussie brengen van hetgeen er op verpleegkundig gebied voor een patiënt gedaan kan worden en terugvertalen van hetgeen in het pijnteam wordt besproken naar de verpleegkundige praktijk;
- het in de instelling accentueren van de inbreng van de verpleegkundige in de pijnbestrijding;
- het adviseren van andere verpleegkundigen bij complexe, aan pijn gerelateerde verpleegproblemen;
- het uitvoeren van of assisteren bij verpleegkundig/verplegingswetenschappelijk onderzoek met betrekking tot pijn;
- het assisteren van de medisch pijnspecialist (meestal anesthesioloog of neuroloog) op de pijnpolikliniek of bij bijzondere pijnbehandelingen;
- het houden van een eigen spreekuur.

Veel psychologen, verpleegkundigen en andere hulpverleners binnen multidisciplinaire pijnteams laten zich bij patiënten met chronische pijn leiden door een combinatie van cognitieve en gedragsmatige principes (zie hoofdstuk 2, § 5). Een cognitief-gedragsmatige behandeling bestaat in principe uit de volgende onderdelen (Van Kleef en Vreeling, 1999):

- *extinctie van verbaal en non-verbaal pijngedrag:* 'Extinctie' betekent dat de hulpverlener niet meer op de gebruikelijke, empatische manier reageert op (non)verbaal pijngedrag van de patiënt, maar daar naar de patiënt toe geen aandacht aan schenkt. Het is echter niet de bedoeling de patiënt, als hij pijn uit, te straffen door contact te weigeren;
- *'shaping',* wat impliceert dat een patiënt stap voor stap wordt geleerd zich motorisch actiever op te stellen, waarmee als het ware het pijngedrag uit het 'gedragsrepertoire' van de mens met pijn wordt weggedrukt;
- *ontspanningstraining:* de patiënt leert technieken om zich te ontspannen in spanning-oproepende situaties;
- *veranderen van gedachten over pijn,* onder andere door middel van informatie over pijn en pijnbestrijding;
- *voorkomen van terugval,* bijvoorbeeld door middel van ondersteunende contacten met de partner en het samen onderzoeken van nieuwe vrijetijdsbestedingen;
- *bevorderen van een positief lichaamsbewustzijn:* geprobeerd wordt de patiënt plezierige lichaamssensaties te doen ervaren, bijvoorbeeld door zwemmen of saunabezoek. Voor menig pijnpatiënt is zijn lichaam een

vijand; in dit onderdeel wordt gepoogd de patiënt weer vriendschap te laten sluiten met het eigen lichaam.

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat cognitief-gedragsmatige behandelingen bij bepaalde groepen chronische pijnpatiënten leiden tot een afname in de gerapporteerde pijn. Zo blijkt uit het systematische literatuuroverzicht van Van Tulder en collega's (2002) dat dergelijke behandelingen een gunstig effect hebben op pijnintensiteit, functioneren en (pijn)gedrag van patiënten die lijden aan chronische lage rugpijn.

6 Pijnbestrijding in de palliatieve fase

Als laatste paragraaf in dit hoofdstuk over interventies bij pijn, willen we stilstaan bij pijnbestrijding in de palliatieve fase, dat wil zeggen de fase waarin geen herstel meer mogelijk is en waarin de nadruk ligt op goede pijn- en symptoombestrijding en het bevorderen van de kwaliteit van leven (zie ook hoofdstuk 2, § 11). Een belangrijke reden om hier expliciet aandacht aan te geven heeft te maken met de vergrijzing van de bevolking. Op 1 januari 2002 telde Nederland 16,1 miljoen inwoners, ongeveer een miljoen meer dan tien jaar geleden (http://www.cbs.nl). Vooral het aantal vijftigers is in deze periode fors gestegen: van 1,5 miljoen naar 2,1 miljoen. Daardoor zullen de komende decennia steeds meer mensen palliatieve zorg nodig hebben.

Palliatieve zorg houdt meer in dan goede pijnbestrijding: er moet ook aandacht zijn voor verlichting van andere lichamelijke symptomen en van psychische, sociale en spirituele problemen.

Casus

De heer Terpstra (69 jaar) heeft enkele dagen geleden van de internist te horen gekregen dat de pancreaskanker uitgezaaid is en dat genezing niet meer mogelijk is. Daarbij heeft de internist gezegd dat er tegenwoordig veel mogelijk is om pijn en andere klachten te helpen verlichten. In dat kader is het woord morfine gevallen. Na de allereerste schrik vraagt meneer Terpstra aan verpleegkundige Esther: "Zal ik dan steeds meer pijn krijgen en slaap ik dan almaar op die morfine, of...?" Tegelijkertijd komen er nog veel andere zorgen en vragen los: "Als ik doe wat mijn vrouw zegt – mijzelf dwingen tot meer eten en drinken – zal ik dan nog wat opknappen?" "Denkt u dat ik nog lang in het ziekenhuis moet blijven of mag ik snel naar huis?" en "Ik wou nog zoveel doen in mijn leven, denkt u dat ik daar de tijd nog voor krijg?"

Bij meneer Terpstra zien we dat de lichamelijk gevoelde pijn samengaat met de angst voor bijwerkingen van medicatie en met zorgen en vragen over een onzekere toekomst. Allemaal zorgvragen, die voortvloeien uit meneers lichamelijke, psychische, sociale en spirituele situatie.
Esther staat samen met meneer Terpstra stil bij zijn vragen en ze betrekt daarbij ook zijn echtgenote. Ze geeft hen voorlichting over de werking van pijnmedicatie. Ze erkent de ernst van de ziekte, maar geeft tegelijkertijd aan dat zij en ook de behandelend arts nooit precies kunnen voorspellen hoe lang iemand nog zal leven. Ze gaat in op de vraag over het naar huis gaan en regelt hierover een gesprek met de arts. In de daarop volgende dagen kijkt zij ook samen met meneer Terpstra naar wat hij nog wil doen in zijn leven (onder meer zijn naar Frankrijk geëmigreerde zoon en schoondochter bezoeken) en hoe dat gerealiseerd kan worden.

Deze casus illustreert dat palliatieve zorg meer is dan goede pijnbestrijding. Dat neemt niet weg dat pijnbestrijding wel een essentieel onderdeel is van de palliatieve zorgverlening.

Evenals in andere fases, is in de palliatieve fase de beste pijnbestrijding vaak te bereiken door, indien mogelijk, de oorzaak van de pijn aan te pakken. Zo kan bijvoorbeeld een pijnlijke schimmelinfectie in de mond beter worden behandeld met een geneesmiddel tegen schimmel in combinatie met pijnmedicatie, dan met pijnmedicatie alléén. Een ander voorbeeld is obstipatie, die in de palliatieve fase tot veel ongemak en pijn kan leiden. Het voorkomen van obstipatie door het preventief geven van laxeermiddelen en het tijdig behandelen met orale en rectale laxantia als obstipatie toch optreedt, is veel beter dan het geven van pijnstillers als de patiënt wordt geconfronteerd met de zeer pijnlijke (sub-)ileusklachten.
Bij pijnbestrijding in de palliatieve fase kan verder gedacht worden aan palliatieve vormen van bestraling, chemotherapie, hormonale therapie en chirurgie. De bedoeling is dat door deze palliatieve behandelingen de tumoren teruggedrongen worden, waardoor de pijnlijke druk op de zenuwen minder wordt. Bij bestraling, chemotherapie en hormoonbehandeling kan in het begin van de therapie een verergering van de pijnklachten optreden. De pijn zal meestal na ongeveer 10 à 20 dagen (veelal tijdelijk) verdwijnen of verminderen. Voor palliatieve behandelingen geldt bij uitstek dat bij de keuze van een interventie niet alleen de kenmerken en oorzaken van de pijn van belang zijn, maar zeker ook de voorkeur en conditie van de patiënt.

Aanvullende interventies zoals ontspannende massages en het gebruik van ontspanningstechnieken, muziek en dergelijke worden in de palliatieve

hulpverlening relatief vaak toegepast. Omdat curatieve, op genezing gerichte interventies geen zin meer hebben, staan patiënten zelf vaak meer open voor aanvullende interventies. Verpleegkundigen, zeker degenen die werken op gespecialiseerde palliatieve zorgunits of in hospices, hebben in die fase ook vaak meer mogelijkheden en tijd om aanvullende zorg te geven.

Voorbeeld
Op de palliatieve zorgunit van het Daniël den Hoed Oncologisch Centrum in Rotterdam zijn alle verpleegkundigen bedreven in het toepassen van ontspannende voet- en onderbeenmassage. De massage wordt standaard aangeboden en gepland in het verpleegplan. Hoewel onderzoek nog niet heeft aangetoond wat het effect is van voet- en onderbeenmassage in de palliatieve hulpverlening, leert de ervaring dat op deze unit bijna alle patiënten de massage prettig vinden. De verpleegkundigen vinden het prettig om deze handeling uit te voeren. Voor de massage wordt gebruik gemaakt van aromatische of massage-oliën. Bij elk bed is een CD-speler geplaatst en patiënten kunnen kiezen uit diverse CD's om naar te luisteren. Wetenschappelijk onderzoek, verricht door de 'Daniël den Hoed' in samenwerking met een onafhankelijk instituut, zal uitwijzen wat de effecten zijn van deze aanvullende zorgvormen op het welbevinden van de patiënt (Witkamp en Van Zuylen, 2002).

Naarmate het sterven dichter bij komt, wordt de kans groter dat een patiënt niet meer (duidelijk) kan vertellen of hij pijn ervaart. Een onrustige, kreunende en grimasserende patiënt ervaart waarschijnlijk pijn en de dosering van de pijnmedicatie moet dan verhoogd worden. Het is echter ook mogelijk dat de patiënt een delier heeft. Het onderscheid tussen pijn en delier is belangrijk omdat de behandeling verschillend is. Een delier wordt gekenmerkt door: wisselend verminderd bewustzijn, onrust, verstoring van slaap- en waakritme, hallucinaties en wanen, stemmingswisseling, desoriëntatie, betrekkelijk plotseling begin, 's avonds en 's nachts verergering.
Een delier is in principe omkeerbaar, maar in de laatste 24 tot 48 uur van het leven is dat meestal niet meer het geval. Tot de oorzaken van het delier behoren niet alleen de hersentumor of hersenmetastasen, maar ook stofwisselingsstoornissen voor het sterven. Een terminaal delier is voor patiënt en omgeving een afschuwelijke belevenis. Vermoedelijk is van dit toestandsbeeld het woord 'doodstrijd' afkomstig. Bij oude, verzwakte of terminaal zieke patiënten kunnen morfine en corticosteroïden (bij de laatstgenoemde vooral bij hoge doseringen) een delier veroorzaken. In deze situatie moeten deze medicamenten dan ook lager gedoseerd worden. Bij farmacologische behandeling van het delier wordt in de meeste gevallen gekozen voor haloperidol (voor meer informatie over het delier, zie De Graeff, 2002).

Er wordt de laatste tijd veel gesproken en geschreven over palliatieve sedatie in de terminale fase. Sedatie is het verlagen van het bewustzijn door middel van medicijnen (sedativa). Het doel van sedatie is het verlichten van ernstig lichamelijk en psychisch lijden. Het gaat dan om lichamelijke en psychische symptomen die ondanks behandeling niet meer voldoende kunnen worden verlicht (De Graeff e.a., 2002). Symptomen kunnen dan als 'niet-behandelbaar', oftewel 'refractair' worden beschouwd. Palliatieve sedatie onderscheidt zich van euthanasie, omdat bij deze laatste het vooropgezette doel het beëindigen van het leven is. Bij palliatieve sedatie wordt de patiënt in de terminale levensfase als het ware doorlopend in slaap gehouden.

Wanneer pijn of andere symptomen moeilijk te verlichten zijn kunnen verpleegkundigen, artsen of andere hulpverleners advies inwinnen bij specialistische multidisciplinaire consultatieteams op het terrein van palliatieve zorg. Deze consultatieteams zijn vaak verbonden aan Integrale Kankercentra, maar zijn ook te consulteren voor problemen van mensen met een andere ongeneeslijke ziekte dan kanker.

6 Evaluatie van interventies bij pijn

In de voorgaande drie hoofdstukken zijn de eerste drie fasen van het verpleegkundig proces besproken: gegevensverzameling en formuleren van verpleegproblemen (in dit geval gerelateerd aan pijn), vaststellen van verpleegdoelen en opstellen van verpleegplan, interventies. We zijn nu toe gekomen aan de laatste stap in het verpleegkundig proces: het evalueren van interventies.
Evaluatie van interventies bij pijn krijgt in de praktijk vaak te weinig aandacht. Toch is evaluatie heel belangrijk. Sommige interventies of de wijze waarop ze zijn uitgevoerd kunnen immers ineffectief blijken. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op waar een verpleegkundige op moet letten bij de evaluatie van interventies bij pijn. Tevens wordt aandacht besteed aan de rapportage over pijn en pijnbestrijding.

1 Evalueren van uitvoering en effecten van interventies bij pijn

Aan de evaluatie van interventies zijn twee elementen te onderscheiden, namelijk de evaluatie van de *uitvoering* en de evaluatie van de *effecten* (VWR/CBO, 1994).
Over de uitvoering van interventies kun je in de eerste plaats bij de patiënt zelf informatie verkrijgen. Het klinkt heel logisch en simpel, maar de praktijk wijst uit dat navragen of iets naar tevredenheid is uitgevoerd vaak achterwege blijft.
Ook voor informatie over de effecten van interventies is de patiënt zelf de belangrijkste informatiebron. Bij hem zul je bijvoorbeeld na moeten vragen (rondom het piekeffect, zie hoofdstuk 5) of de pijnmedicatie afdoende helpt. Ook non-verbaal pijngedrag is uiteraard heel belangrijk om een beeld te krijgen van effecten van interventies. Het zal duidelijk zijn dat, als een patiënt bijvoorbeeld nog steeds ligt te kreunen of een verkrampte houding heeft, de interventie niet afdoende is geweest.
Naast informatie over de effecten van interventies die je krijgt door het 'meer ongestructureerde' navragen of door observaties bij een patiënt, kun je ook informatie verkrijgen door middel van:

- navragen aan de hand van een pijnanamneseformulier (zie hoofdstuk 3, § 2). Niet alleen kunnen pijnanamneseformulieren een bruikbaar middel zijn om de pijn en de beïnvloedende factoren bij het begin van een opname of bij het begin van pijn in kaart te brengen. Ook kunnen dergelijke formulieren bruikbaar zijn voor het tussentijds bepalen van pijn en de effecten van interventies;
- het afnemen van pijnintensiteitsscores met behulp van de Visual Analogue, numerieke beoordelingsschaal, de gezichtjesschaal of de Oucher-schaal (zie hoofdstuk 3, § 3);
- informatie uit een pijndagboek (zie hoofdstuk 3, § 4 en onderstaande casus).

Casus

Mevrouw Schenk is 52 jaar, heeft een man en twee volwassen kinderen die niet meer thuis wonen. Haar man heeft een hoge functie bij een internationaal bedrijf en zit voor zijn werk vaak in het buitenland. Mevrouw Schenk heeft reumatoïde artritis en het laatste half jaar heeft ze veel last van toenemende pijn en stijfheid in de gewrichten van de knieën, enkels en polsen. Wanneer zij de reumatoloog bezoekt schrijft deze nieuwe pijnstillers voor en verwijst haar ook naar het verpleegkundig reumaspreekuur. Op het spreekuur doet mevrouw haar verhaal en verpleegkundig specialist Cecile geeft informatie over hoe mevrouw ondanks pijn en beperkingen binnen- en buitenshuis kan blijven functioneren.

Cecile heeft ook signalerende taken en wil daarom in de gaten houden of de pijnmedicatie voldoende werkzaam is. Ook wil ze meer inzicht in welke omstandigheden en activiteiten de pijn beïnvloeden. Mevrouw Schenk komt over als een intelligente vrouw die duidelijk over haar ziekte praat. Cecile schat in dat deze vrouw geen moeite zal hebben met het bijhouden van een pijndagboek. Afgesproken wordt om daarin dagelijks op een vast moment te noteren hoe hevig de pijn is (met een pijnintensiteitsscore tussen 0-10) en wat mevrouw die dag heeft gedaan.

Als mevrouw na een maand terugkomt op het verpleegkundig reumaspreekuur, kijken mevrouw en Cecile samen in het dagboek. Het blijkt dat de pijn in de loop van de maand verminderd is tot een voor mevrouw aanvaardbaar niveau. De pijn en stijfheid zijn nog niet geheel verdwenen (de laatste dagen is in het dagboek steeds een pijnintensiteitsscore van 2 ingevuld), maar mevrouw is nu toch weer in staat om bijvoorbeeld het huishouden te doen. Wel valt op dat in de week dat meneer Schenk voor zijn werk van huis was, de pijn tijdelijk weer toenam. Bij doorpraten blijkt dat mevrouw Schenk 's nachts soms erg angstig is als haar man er niet is. Ook heeft zij het over zich 'alleen voelen'.

Gezamenlijk komen mevrouw Schenk en Cecile tot enkele afspraken. Mevrouw koopt een mobiele telefoon zodat ze bij eventueel onraad iemand vanuit haar bed kan bellen. Ook zal ze haar buren (met wie mevrouw goed bevriend is) vragen in de dagen dat haar man van huis is voor het slapen gaan te informeren of 'alles goed gaat'. Tevens moedigt Cecile mevrouw aan om haar gevoelens van eenzaamheid en angst te vertellen aan haar man en kinderen; het lijkt er op dat mevrouw daarover makkelijker praat met een vreemde dan met haar naaste familie.
Afgesproken wordt om het pijndagboek nog een maand bij te houden, daarin ook te noteren wat er met de afspraken is gedaan en daar bij het volgende spreekuurbezoek op terug te komen.

Wanneer uit de evaluatie komt dat de patiënt tevreden is over de manier waarop interventies zijn uitgevoerd én de gestelde doelen bereikt zijn (bijvoorbeeld "pijn is geheel weggenomen" of "pijn is verlicht tot een voor de patient aanvaarbaar niveau"), kan op dezelfde voet doorgegaan worden. Wel moet men steeds alert blijven en doorgaan met evalueren.
Wanneer de gewenste mate van pijnverlichting (zie verpleegdoelen in hoofdstuk 4, § 1) niet is bereikt, moet je de arts inlichten en zullen interventies moeten worden aangepast of gewijzigd, zeker wanneer er sprake is van pijnmedicatie gebruik. Het is daarbij goed om je zelf de volgende vragen te stellen:

- Welke interventies bij pijn zijn er ook weer (stel eventueel een checklist samen, op grond van hoofdstuk 5)?
- Zijn alle mogelijke interventies overwogen en/of uitgevoerd?
- Welke interventies hadden tot nu toe een gunstig effect op de pijn? Worden deze nog steeds gebruikt?
- Welke interventies hadden geen gunstig effect? Is er een reden om deze nogmaals – eventueel gewijzigd – te proberen?

2 Rapportage

Omdat zoveel factoren pijn beïnvloeden en omdat een patiënt meestal met verschillende hulpverleners te maken heeft, is een goede rapportage extra belangrijk. Mondelinge, maar ook schriftelijke rapportage is van groot belang. Observaties en gegevens afkomstig van de verschillende hulpverleners, kunnen het beste worden verzameld en opgeschreven in één patiëntendossier. Dit bevordert patiëntgerichte en continue zorg.
Bij patiënten wier belangrijkste klachten de pijn betreffen, kun je een apart verpleegplan aanleggen dat direct gericht is op de zorg bij pijn. Werken met

zo'n plan heeft als voordeel dat er minder summier en oppervlakkig gerapporteerd zal worden in de dag-, avond- en nachtrapporten. Verpleegkundigen schrijven weliswaar in de praktijk regelmatig dingen op als 'Patiënt heeft pijn aan de wond', 'Heeft nog steeds pijn' en 'Pijnmedicatie helpt goed', maar hoe de patiënt zijn pijn beleeft, welke niet-farmacologische interventies zijn uitgevoerd, welke maatregelen een patiënt zelf neemt om zijn pijn te bestrijden, wanneer de pijn op zijn ergst/op zijn minst is e.d, wordt bijna nooit in de rapporten vermeld.

Een andere manier om de kwaliteit van de rapportage te verbeteren is aan de patiënt vragen of die een pijndagboek wil bijhouden (zie voorgaande casus). Informatie uit het pijndagboek kan overgenomen worden in de rapportage van verpleegkundigen. Dit is een bruikbare methode om dicht bij de woorden en beleving van de patiënt te blijven. Verder kan het ook zinvol zijn om aan patiënten te vragen of men de rapportage aan wil vullen. Meer en meer worden rapporten geschreven aan het bed. De patiënt kan dan waardevolle aanvullingen geven op de aantekeningen van de verpleegkundige.

Nawoord

In deze uitgave zijn veel onderwerpen de revue gepasseerd: onder meer definities en benaderingen van pijn en methoden om pijn vast te stellen en pijnbestrijding te evalueren. De meeste aandacht is echter uitgegaan naar de interventies die verpleegkundigen of andere hulpverleners bij feitelijke of dreigende pijn kunnen uitvoeren. Uit deze module blijkt dat verpleegkundigen, in samenwerking met artsen en andere disciplines, vele mogelijkheden hebben om pijn van patiënten te voorkomen of te verlichten. Daarbij kunnen naast farmacologische interventies, vaak ook psychosociale en aanvullende interventies gekozen worden (zie hoofdstuk 5).
De interventies van verpleegkundigen en andere hulpverleners zijn gelukkig in veel gevallen zeer effectief. Toch kent iedere verpleegkundige patiënten die desondanks erge pijn hebben (gehad). Verpleegkundigen kunnen zich in de zorg voor patiënten met pijn daarom soms machteloos voelen (De Schepper e.a., 1997). Verpleegkundigen zetten zich in om de pijn van een patiënt te bestrijden, maar soms lijken de uitgevoerde interventies maar weinig effectief te zijn en weet men niet precies wat men nog meer kan doen. De confrontatie met het lijden van de ander kan des te moeilijker zijn als verpleegkundigen niet geleerd hebben (tijdens de opleiding, op de werkvloer of in het privé-leven) met de eigen gevoelens van machteloosheid om te gaan. Het kan soms helpen voor verpleegkundige én patiënt als gevoelens uitgesproken worden: 'Ik vind het heel erg dat u, ondanks al onze pogingen, nog steeds pijn heeft, maar ik blijf naar iets zoeken wat u misschien pijnverlichting kan geven.' Voor de docenten van verpleegkundige opleidingen ligt hier een belangrijke taak. De verpleegkundige die heeft geleerd haar eigen gevoelens onder ogen te zien en die daar op een open manier mee om weet te gaan, zal dit in de zorg voor een patiënt met pijn kunnen gebruiken.
Daarnaast kan machteloosheid versterkt worden doordat verpleegkundigen soms denken dat je als hulpverlener overal een oplossing voor paraat moet hebben en als je dat niet hebt er sprake is van persoonlijk falen (De Schepper e.a., 1997). Dit is een chronisch misverstand: ook de verpleegkundige zorg kent grenzen.
Verder zou machteloosheid versterkt en in stand gehouden kunnen worden omdat er in veel zorginstellingen nog niet echt sprake is van een multidisci-

plinaire aanpak van pijn. Mede hierdoor kan het komen dat bijvoorbeeld niet alle mogelijkheden tot pijnbestrijding zijn benut. Ook blijft het door het gebrek aan multidisciplinaire samenwerking en overleg soms onduidelijk wie de eindverantwoordelijkheid heeft voor goede pijnbestrijding: is dat de arts of (ook) de verpleegkundige? Daardoor heeft een verpleegkundige soms het gevoel dat niet wordt geluisterd naar haar en de patiënt. Een stap in de goede richting zou zijn wanneer meer verpleegkundigen zitting gaan nemen in multidisciplinaire pijnteams en daar hun eigen specifieke inbreng kunnen hebben.
Tenslotte kan machteloosheid ontstaan of worden versterkt wanneer verpleegkundigen niet alle, bij een bepaalde patiënt geschikte verpleegkundige interventies weten uit te voeren. Ook hier ligt een mogelijkheid voor de verpleegkundige opleidingen. Men zou bijvoorbeeld praktisch kunnen oefenen met eenvoudige massage- en ontspanningsoefeningen. Ook zou men meer kunnen ingaan op hoe je als verpleegkundige informatie en begeleiding aan patiënten met pijn kunt geven en hoe je je daarbij op kunt stellen.

Als auteurs hopen we dat deze uitgave ten goede zal komen aan verpleegkundigen en – zeker niet in de laatste plaats – aan patiënten met pijn.

Studiehandleiding

1 Woord vooraf

Hulpverleners in de gezondheidszorg hebben veelvuldig te maken met patiënten die pijn hebben. We noemen het verschijnsel pijn ook wel een verpleegprobleem. Dat is een probleem waar patiënten mee te maken kunnen krijgen en waarmee verplegenden geacht worden zich bezig te houden, op grond van deskundigheid en ervaring.
Pijn wordt door mensen verschillend beleefd. Het is dan ook niet de hulpverlener die bepaalt of iemand pijn heeft. Nee, het is de patiënt die dat bepaalt. Pijn is een persoonlijk gevoel. Pijn is wat de patiënt zegt dat het is en pijn is zo erg als de patiënt zegt dat het is.
Pijn zal verschillend geuit worden door mensen. Het maakt uit of je al of niet in staat bent precies aan te geven wat je voelt en waar de pijn zit. Je kunt je voorstellen dat hier verschillen bestaan tussen pasgeborenen, volwassenen en dementerende ouderen. Met al deze categorieën patiënten heeft de verplegende te maken.
Omgaan met pijn is zeer gecompliceerd en vereist kennis van en inzicht in de fysiologie van pijn, maar ook inzicht in de beleving van pijn. Er zijn vele manieren om pijn te bestrijden. Er zijn onder meer fysiologische, chirurgische, farmacologische en psychologische methoden om pijn te reduceren.
Gezien het frequente voorkomen van pijn en het feit dat blijkt dat hulpverleners vaak weinig afweten van pijn, is bestudering van deze module van belang voor een adequate beroepsuitoefening als verplegende.

2 Aantal studiebelastingsuren

Deze module omvat 20 studiebelastingsuren. Er zijn 12 niet-begeleide studiebelastingsuren en 8 begeleide uren.

3 Doelstellingen

Algemeen
Na bestudering van deze module heb je kennis, inzicht en vaardigheden opgedaan, die je in verpleegsituaties kunt toepassen bij patiënten met pijn.

Specifiek
Na bestudering van deze module ben je in staat om:
- enkele definities van pijn te geven,
- drie theorieën over het ontstaan van pijn in eigen bewoordingen weer te geven,
- een indeling te geven van de verschillende soorten pijn die worden onder scheiden,
- de werking van de Poorttheorie uit te leggen,
- aan te geven door welke factoren pijngedrag wordt beïnvloed,
- een indeling te geven van de verschillende soorten pijnstillers en de bijwerkingen van deze pijnstillers,
- vier manieren van pijnverlichting te benoemen,
- een overzicht te geven van de verschillende methoden die verplegenden en andere beroepsgroepen ter beschikking staan bij de verlichting van pijn.

Na bestudering van deze module is de student van de opleiding tot verpleegkundige op HBO-niveau bovendien in staat om:
- bij een patiënt een pijnanamnese af te nemen,
- een verpleegprobleem over pijn te benoemen,
- en hiervoor verpleegdoelen en een verpleegplan te maken.

4 Beginvereisten

Er wordt vanuit gegaan dat je de basistechnieken beheerst die nodig zijn om een anamnese af te nemen. Tevens wordt van je verwacht dat je een actieve bijdrage levert aan het onderwijs en aan de opdrachten die vervuld moeten worden.

5 Overzicht module

Activiteit	Waar?	Met wie?	Hoe lang?	Begeleiding	Hulpmiddel
1 Oriëntatie module	Thuis	Alleen	0,5 uur	Nee	Module + handleiding
2 Instructiecollege	School	Plenair	2 uur	Ja	Geen
3 Literatuurstudie	Thuis	Alleen	2 uur	Nee	Module + handleiding
4 Literatuurstudie	Thuis	Alleen	2,5 uur	Nee	Module + handleiding
5 Responsiecollege	School	Plenair	2 uur	Ja	Module
6 Voorbereiding afnemen anamnese	Thuis	Sub-groep	1,5 uur	Nee	Module + handleiding
7 Afnemen anamnese	Thuis	Sub-groep	2 uur	Nee	Anamnese + opnameapparatuur
8 Nabespreking	School	Plenair	2 uur	Ja	Opnames op band
9 Opdracht multidisciplinaire pijnbestrijding	Thuis	Sub-groep	1,5	Nee	Module + handleiding
10 Opstellen verpleegproblemen en interventies	Thuis	Sub-groep	2 uur	Nee	Module + bibliotheek
11 Nabespreking opdracht 9 en 10.	School	Plenair	2 uur	Ja	Module + handleiding

6 Studietaken

6.1 Oriëntatie module

Neem de module door. Zorg dat je een overzicht hebt van de onderwerpen die in deze module aan de orde komen en de hulpmiddelen die hierbij nodig zijn. Noteer opmerkingen en vragen ten behoeve van het instructiecollege.

6.2 Instructiecollege

Volg het instructiecollege waar de docent zal ingaan op de kernbegrippen die te maken hebben met het verpleegprobleem pijn. In dit college kunnen ook de opmerkingen en vragen besproken worden die bij jou zijn ontstaan naar aanleiding van het doornemen van de module bij studietaak 1.

6.3 Literatuurstudie

Bestudeer van de module de hoofdstukken 2, 3 en 4. Zet de opmerkingen en vragen die je hebt bij de bestudering van deze stof op papier en lever ze in bij de docent. Na bestudering van deze hoofdstukken ben je in staat om de volgende vragen te beantwoorden:

- noem twee definities van pijn en geef aan wat de verschillen zijn tussen deze definities,
- noem drie benaderingen van pijn en geef overeenkomsten en verschillen ertussen aan,
- leg uit wat de Poorttheorie is,
- beschrijf wat de waarschuwingsfunctie van pijn inhoudt,
- leg het verschil tussen acute en chronische pijn uit,
- geef aan door welke factoren pijnbeleving wordt beïnvloed,
- geef aan waardoor pijngedrag wordt beïnvloed,
- geef aan waarover informatie moet worden verzameld bij de pijnanamnese.

6.4 Literatuurstudie

Bestudeer van de module de hoofdstukken 5 en 6. Zet de vragen en opmerkingen die je hebt bij bestudering van deze hoofdstukken op papier en lever ze in bij je docent. Na afloop van de zelfstudie ben je in staat om de volgende vragen te beantwoorden:

- welke soorten pijnstillers bestaan er,
- welke bijwerkingen en vooroordelen bestaan er over pijnstillers,
- noem drie basisprincipes bij het verstrekken van pijnmedicatie,
- noem drie manieren van pijnbestrijding en geef er een korte toelichting op
- noem zes verpleegkundige interventies die kunnen worden toegepast bij pijnbestrijding en geef per interventie een korte toelichting,
- geef aan welke aandachtspunten er zijn bij de evaluatie van de effecten van pijnbestrijding.

6.5 Responsiecollege

Tijdens dit responsiecollege zullen de vragen en opmerkingen die door jullie zijn opgeschreven bij studietaak 6.3 en 6.4 worden besproken.

6.6 Voorbereiding afnemen pijnanamnese

Stel een subgroep samen van drie studenten. In subgroepen gaan jullie vragen opstellen die samen de pijnanamnese vormen die je gaat afnemen. Maak hierbij gebruik van anamneselijsten die specifiek ontwikkeld zijn om informatie over pijn te verzamelen. Je kunt deze vinden in de vakliteratuur of in gezondheidszorginstellingen.

6.7 Afnemen anamnese

Jullie gaan nu de pijnanamnese afnemen. Je kunt dit met je subgroep doen. Spreek voor het afnemen van de pijnanamnese een heldere taakverdeling af met de leden van je subgroep. Het is de bedoeling dat je dit doet bij een 'echte' patiënt. Je neemt de anamnese op de band op en schrijft de anamnese uit.

6.8 Nabespreking

De anamneses die zijn afgenomen, zullen nu worden besproken. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van de bandopnames die door de verschillende subgroepen zijn gemaakt.

6.9 Opdracht multidisciplinaire pijnbestrijding

Plan een afspraak met een vertegenwoordiger van een andere beroepsgroep die zich bezighoudt met pijnmanagement. Dit kan een fysiotherapeut of psycholoog, huisarts of anesthesist zijn. Probeer door middel van een interview in kaart te brengen wat zijn of haar visie en taken zijn bij pijnbestrijding. Leg je bevindingen vast op papier en lever dit in bij je docent. Deze opdracht kun je weer doen met je subgroep.

6.10 Opstellen verpleegprobleem en interventies

Bij opdracht 6.7 heb je met je subgroep bij een patiënt de pijnanamnese afgenomen. Op grond van deze anamnese stel je de verpleegproblemen op het terrein van de pijn op. Maak hierbij gebruik van de PES-structuur. Kies vervolgens de juiste interventies en beargumenteer je keuze voor deze interventies. Je zet alles op papier en levert dit in bij je docent.

6.11 Nabespreking opdrachten en evaluatie

De gemaakte opdrachten worden door de subgroepen gepresenteerd en van commentaar voorzien door je docent. Tevens wordt de inhoud van de module geëvalueerd.

7 Eindtoets

Deze module is met een voldoende resultaat afgesloten wanneer je docent van oordeel is dat alle opdrachten zijn ingeleverd en als voldoende zijn beoordeeld.

Literatuur

• Achterberg, Th. van, Eliens, A.M. en N.C.M. Strijbol (red.), *Effectief verplegen. Handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen.* Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah, 2002.

• Carroll, D., Moore, R.A., McQuay, H.J., Fairma, F., Tramerr, M. & Leijon, G., Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

• Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), *Acute pijn bij kinderen. Preventie en Behandeling.* Utrecht: CBO, 1994.

• Cranenburgh, B. van, *Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief.* Deel 3 van de serie Toegepaste Neurowetenschappen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000(5)/de Tijdstroom, 1997.

• Crul, B.J.P., Mens en pijn. *Dilemma's van de hedendaagse pijnbestrijding* (Inaugurale rede). Nijmegen: Valkhof Pers, 1997.

• Devine, E.C., Effects of psycho-educational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. In: *Patiënt Education and Counseling, vol.* 19, 129-142 (1992).

• *Dulmen, A.M. van & Bensing, J.M., The effect of context in health care.* A programming study. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2001.

• Francke, A.L., *Continuing pain education; the impact on nursing practice* (Academisch proefschrift). Maastricht, 1996.

• Furlan, A.D., Brosseau, L., Imamura, M. & Irvin, E., Massage for low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

• Francke, A.L. en D.L. Willems, *Palliatieve zorg vandaag en morgen. Feiten, opvattingen en scenario's.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.

• Good, M., Effects of relaxation and music on postoperative pain: a review. In: *Journal of Advanced Nursing* 24, 905-914 (1996).

• Graeff, A. de, Verhagen, E.H., Eliel, M., Hesselmann, G.M. & Kroeze-Hoogendoorn, G.J., *Oncologieboek, deel II. Richtlijnen palliatieve zorg. Utrecht:* IKMN, 2002.

• Hamers, J.P.H., *Postoperative pain in children. Assessment and intervention* (Academisch proefschrift). Maastricht, 1995.

• Hodnett, E.D., Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

• http://www.cbs.nl. De website van het Centraal Bureau voor de Statistiek, geraadpleegd op 5 augustus 2002Good, M., Effects of relaxation and music on postoperative pain: a review. In: Journal of Advanced Nursing 24, 905-914 (1996).

• International Association of the Study of Pain (IASP), Pain terms: a list with definitions and notes on usage. In: *Pain,* 6, 249-252 (1979).

• Kleef, M. van en Vreeling, F.W., *Pijn en Pijnbehandeling, een basaal onderwijscurriculum* (Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn). Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1999.

• Kleiber, C.H.D., Effects of distraction on children's pain and distress during medical procedures: a meta-analysis. In: *Nursing Research,* 44-49, 1999.

• Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M. en Hens, H., *Beroepsprofiel van de verpleegkundige.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

• Maassen, E., Dellepoort, W., Boxtel, T. van, Vogelaar, P. en Perquin, P., *Management van pijn bij kanker, handboek voor oncologieverpleegkundigen.* Zeist, Glaxo Wellcome B.V., 1997 (oorspr. titel: Hawthorn, J., Management of Cancer Pain. Glaxo Wellcome Australia Ltd., 1996).

• McCaffery, M. en Beebe, A., *Pain. Clinical manual for nursing practice.* Latham, J. (Ed). London: Mosby. Times Mirror International Publishing, 1994.

• McCaffery, M., *Nursing management of the patiënt with pain.* New York: JB Lippincott Co, 1979.

• McCaffery, M., Nursing approaches to nonpharmacological pain control. In: *International Journal of Nursing Studies* 27, 1, 1-5 (1990).

• Melchart, D., Linde K., Fisher P., Berman B., White A., Vickers A. & Allias, G., Acupuncture for idiopathic headache (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 2 (2002). Oxford: Update Software.

• Melzack, R. & Wall, P.D., Pain mechanisms, a new theory. *Science,* 150, 971-979 (1965)
• Metz, W., *Pijn een teer punt*. Nijkerk: Callenbach, 1975.
• Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (NVBP), *Brochure Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker* (1990).
• NHS Centre for reviews and Dissemination. Acute and chronic low back pain, *Effective Health* 6, 5, blz. 8 (2000).
• Patt, R.B., *Cancer Pain*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1993.
• Rey R., *History of pain*. Paris: Editions La Decoverte, 1993.
• Robinson, V., Brosseau L., Casimiro L., Judd M., Shea B., Wells G. & Tugwell P., Thermotherapy for treating theumatoid arthritis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 2 (2002). Oxford: Update Software.
• Rond, M.E.J. de., *Pain from zero to ten. Effects of a pain monitoring program for nurses*. (Academisch proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2001.
• Schepper, A.M.E. de, Francke A.L., & Huijer Abu-Saad, H., Feelings of powerlessness in relation to pain: ascribed causes and reported strategies. In: *Cancer Nursing* 20, 6, 422-429 (1997).
• Schout, G.H., *Verpleegkundige diagnostiek* (Verpleegkunde Modulair, dl 28). Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah, 1995.
• Seers, K. & Carroll, D., Relaxation techniques for acute pain mangement: a systematic review. In: *Journal of Advanced Nursing* 27, 466-475 (1998).
• Tulder, M.W. van, Ostelo, R.W.J.G., Vlaeyen, J.W.S., Linton, S.J., Morley S.J. & Assendelft, W.J.J., Behavioural treatment for chronic low back pain. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 2 (2002). Oxford: Update Software.
• Ulrich, R.S., View through a window may influence recovery from surgery. In: Science, 224, 420-421 (1984).
• Velick, B., *Baby, baby, sweet baby*. San Francisco: Pomegranate Artbooks, 1992.
• Verhagen, S., Kroeze-Hoogendoorn, de Graeff, A., Besse K. & Wyrdeman, H., Richtlijn pijn. Neem tijd voor aard en oorzaak van pijnklachten. In: *Pallium,* jrg 4, 3, 6-10 (2002).
• Vliet, M. van, *Psychologische voorbereiding op een gastroscopie. De invloed van informatie in medische situaties* (Academisch Proefschrift). Universiteit Utrecht, 2001.
• Vrancken, A.M.E., *Chronische pijn, het kruis van de geneeskunde* (Academisch Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.
• Wit, R. de, *Cancer pain and how to relieve it. Effects of a pain education program in cancer patients with chronic pain* (Academisch proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1999.
• Wit, R.de, *De verpleegkundige en pijnbestrijding*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
• Witkamp, E. en Van Zuylen, L. van, Discussie over complementaire zorg. Complementaire zorg in een Rotterdams Ziekenhuis. In: *Pallium,* jrg. 4, nr. 4, 19-20 (2002).
• World Health Organization, *Cancer Pain Relief*. Genève: World Health Organization, 1996.
• Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad/Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (VWR/CBO), *Consensus Verpleegkunde bij pijn*. Utrecht: CBO, 1994.
• Zelm, R.T. van en A.M. Eliens, *Verpleegkundige besluitvorming. Het verpleegkundig proces en de rapportage hierover.* Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah, 2000.

Aanbevolen literatuur (voor docenten en verpleegkundigen)

• Cranenburgh, B. van, *Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief* (Deel 3 van de serie Toegepaste Neurowetenschappen). Tijdstroom, 1997/Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000(5).

• Kleef, M. van en Vreeling, F.W., *Pijn en Pijnbehandeling, een basaal onderwijscurriculum* (Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn). Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1999.

• Maassen, E., Dellepoort W., Boxtel, T. van, Vogelaar, P. en Perquin, P., *Management van pijn bij kanker, handboek voor oncologievepleegkundigen*. Zeist, Glaxo Wellcome B.V., 1997 (oorspr. titel: Hawthorn, J., Management of Cancer Pain. Glaxo Wellcome Australia Ltd., 1996.).

• McCaffery, M. en Beebe, A., Pain. *Clinical manual for nursing practice*. Latham, J. (Ed). London: Mosby. Times Mirror International Publishing, 1994.

• VWR/CBO, *Consensus Verpleegkunde bij pijn*. Utrecht: CBO, 1994.