

# PIJN- EN ANGST REDUCERENDE INTERVENTIES RONDOM DE WONDVERZORGING.

Helma Hofland \*

"Ik word de badkamer ingereken. Ik voel de vochtige warmte op me af komen. Het bad is gevuld en ligt op mij te wachten. Eén van de verpleegkundigen is al "aangekleed". Ze heeft een pet op en een mondkap voor. Ik kan alleen haar ogen zien. Het verbandkarretje staat klaar. Al het materiaal is uitgestald. Ik voel dat mijn spieren zich spannen. Ik word zo bang, maar ik wil het niet laten merken. Waar ben ik nu bang voor? Ik ben toch niet bang voor de pijn... ik heb een injectie gehad. Als ze nu maar voorzichtig zijn met het afhaken van het verband dat vastgeplakt zit..... Ik voel dat ik moeilijker ga ademen. Let op de ademhaling zeggen ze, maar het lukt me niet. Als ik de controle nu maar niet verlies. Misschien valt het mee dit keer". Dit citaat is afkomstig van een jonge man die heel veel verbrandingen heeft opgelopen tijdens een bedrijfsongeval. Hij ligt nu een week in het ziekenhuis en merkt dat de wondverzorging steeds moeilijker wordt. Hij heeft moeite zich te ontspannen. Hij maakt zich zorgen hoe de volgende dag de wondverzorging zal gaan. Hij is erg bang voor de pijn. Deze angst heeft zich in de loop van een week opgestapeld, zodanig dat nu, na een week, elke wondverzorging door hem als een "veldslag" wordt ervaren. Deze reactie is niet voorbehouden aan brandwondpatiënten. Elke wond is pijnlijk en de wondverzorging wordt door geen één patiënt als prettig ervaren. Veel patiënten zijn bang voor de pijn, bang voor de wondverzorging hoewel ze dat niet zo snel zullen uiten, want "het moet toch gebeuren". Wat kunnen verpleegkundigen voor deze patiënten doen, zodat de wondverzorging in ieder geval minder angst en pijn oplevert. In dit artikel wordt getracht op deze vraag een antwoord te geven. Ingegaan wordt op pijn reducerende en angst reducerende interventies die een verpleegkundige kan toepassen rondom de wondverzorging, maar ook de wijze van wondverzorging wordt beschreven.

## CONSEQUENTIES VAN PIJN EN ANGST BIJ DE WONDVERZORGING VOOR DE PATIËNT

Bijna alle wonden veroorzaken pijn, of het nu een brandwond, een schaafwond, decubitus of een ulcus cruris betreft. De pijn die veroorzaakt wordt door wonden en de wondverzorging wordt vaak als niet te voorkomen beschouwd. Ondanks het geven van pijnstillers zal de patiënt niet altijd pijnvrij zijn. Als hulpverlener gaan we er bijna van uit dat een wond verzorgen zonder pijn nu eenmaal niet kan.

Aan de consequenties die de pijn voor de patiënt kan hebben wordt meestal voorbijgegaan.

Pijn heeft een negatieve invloed op het slaappatroon en het voedingspatroon. Men rust niet uit, heeft geen trek in eten en drinken. Dit kan weer leiden tot ondervoeding dat ook weer een negatief effect op het genezingsproces heeft. Door de pijn en het vaak geconfronteerd worden met pijn kan men zich niet meer ontspannen. De patiënten bewegen niet of nauwelijks hetgeen kan resulteren in trombose en contracturen. Als patiënten niet doorzuchten en oppervlakkig ademen kan dit at-

lectase tot gevolg hebben.

Maar pijn kan ook psychische gevolgen geven. De patiënten gaan angst en stress ontwikkelen voor de pijn die ze mogelijk ondervinden. Stress geeft weer verminderde wondgenezing. Als wondenpijn langdurig blijft bestaan kunnen de klachten nog erger worden. Depressie, apathie en zelfs een Post Traumatisch Stress Syndroom zijn beschreven door het langdurig geconfronteerd worden met de pijn en met name de pijnlijke wondbehandeling.

Veel patiënten zijn bang voor de pijn, voor de wondverzorging, maar proberen dat niet te laten merken. Als iemand angstig is, wordt hij gespannen, gaat oppervlakkig ademen, voelt zich nog meer gespannen en de pijn zal in zijn of haar beleving alleen maar toenemen. Vaak ergeren patiënten zich dan ook nog aan de verpleegkundigen omdat de verpleegkundigen en artsen naar hun idee niets aan de pijn doen. Dat ook verpleegkundigen hierdoor onmachtgevoelens kunnen krijgen en dat dit zelfs kan resulteren in stresssymptomen is niet moeilijk voor te stellen en ook in onderzoek aangetoond.

## PIJN- EN ANGST REDUCERENDE INTERVENTIES RONDOM DE WONDVERZORGING.

Pijn- en angst reducerende interventies behoren tot het domein of competentiegebied van de verpleegkundige. Dit wordt benadrukt door de "Consensus verpleegkunde bij pijn" opgesteld door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing. Elke verpleegkundige moet in staat zijn de pijn van de patiënt te rapporteren, pijnmedicatie te geven, op de hoogte te zijn van de effecten van de pijnmedicatie en een aantal interventies te kunnen toepassen die pijn- en angst reducerend werken. Hierbij moet men niet direct denken aan interventies zoals massage, het gebruik van energetische interventies zoals Therapeutic Touch en Reiki of het toepassen van relaxatietechnieken. Voor het toepassen van deze interventies is meestal een cursus, maar zeker een extra training nodig. Maar er zijn genoeg interventies die door elke verpleegkundige, zonder het volgen van een speciale cursus, meteen toegepast kunnen worden. Dit gebeurt vaak al intuïtief zonder dat de verpleegkundige zich realiseert dat deze





figuur 1: kind maakt zelf de wonden schoon



figuur 2: twee verpleegkundigen werken samen tijdens de wondverzorging. Eén verpleegkundige leidt het kind af, de ander houdt zich bezig met de wondverzorging.

interventies wetenschappelijk getoetste pijn- en angst reducerende interventies zijn.

Interventies die met name rondom de wondverzorging door elke verpleegkundige kunnen worden toegepast zijn: begeleiding, geven van informatie, autonomie, afleiding, ademhalingsoefeningen en bevorderen van comfort en rust. Deze interventies worden kort besproken.

**Begeleiding** houdt niet meer in dan het "empathisch" zijn zodat de patiënt zich begrepen voelt. Het is belangrijk dat de patiënt zich serieus genomen voelt en dat hij of zij angsten kan uiten door zich veilig en vertrouwd te voelen bij de verpleegkundige. Het betekent ook het coachen van de patiënt tijdens de

wondverzorging, goed kijken naar de reacties van de patiënt, rustpauzes inlassen en complimenteren. Begeleiding betekent evalueren hoe de wondverzorging is gegaan; hoe het anders zou kunnen of moeten, maar ook met de patiënt doornemen wat er van hem of haar verwacht wordt tijdens de wondverzorging.

**Informatieverstrekking.** Een tekort aan informatie kan leiden tot toename van angst en daardoor meer pijn. Informatie kan worden onderverdeeld in technische en sensorische informatie. Onder technische informatie verstaan we informatie over gebeurtenissen zoals; "U wordt om 10 uur geholpen door zuster Janneke. De behandeling vindt plaats in de behandelkamer". Tijdens de

verzorging vertelt de verpleegkundige wat zij of hij gaat doen; "ik knip nu het verband los, nu ga ik de wond schoon maken, etc."

Onder sensorische of gewaarwordingsinformatie verstaan we informatie die wordt gegeven over wat de patiënt kan voelen, horen, ruiken en zien tijdens de behandeling, bijvoorbeeld: "de zalf voelt koud aan en ruikt naar chloor". Maar ook welke kleur de behandelkamer heeft, welke kleur het overschort heeft van de verpleegkundige, dat er veel voetstappen op de gang te horen zijn. Dit lijkt misschien geen zinvolle informatie, maar geeft de patiënt wel herkenning en daardoor een stukje vertrouwen en veiligheid. Onderzoek heeft aangetoond dat een combinatie van sensorische en technische informatie het beste door de patiënt wordt begrepen en daardoor angst reducerend werkt. Maar ook informatie over de pijnmedicatie, over de wond zelf en het verloop van de wondgenezing zijn aspecten die belangrijk zijn met de patiënt door te nemen. Als laatste kan men de patiënt informeren wat hij of zij zelf kan doen om met de pijn om te gaan zoals het aanleren van ademhalingsoefeningen, het weten wat er verwacht wordt tijdens de verzorging en welk aandeel de patiënt heeft in zijn of haar genezingsproces. Informatie is ook een stuk begeleiding. Het één is eigenlijk onlosmakelijk met het ander verbonden.

Met **autonomie** bedoelen we dat een patiënt controle heeft of houdt over zijn situatie. Dit betekent dat een patiënt actief kan bijdragen aan de wondverzorging, zoals zelf het verband eraf halen, zelf de wonden schoonmaken. Zowel kinderen als volwassenen (zie foto 1) zijn hiertoe in staat. Belangrijk is dat je als verpleegkundige wel aanwijzingen geeft en betrokken blijft bij de verzorging. Met name de wijze van schoonmaken van de wond is belangrijk over te brengen naar de patiënt. De patiënt moet niet gaan "aaien" of juist de wondranden schoonmaken en niet de wond zelf. Met andere woorden, dit betekent een goede begeleiding. Sommige patiënten kunnen deze wijze van autonomie



fysiek niet aan, of de wond zit op een plaats waar ze niet bijkunnen. Dan vinden patiënten toch een andere manier om controle over de situatie te houden. Ze houden goed in de gaten wat de verpleegkundige doet; er wordt op de handen gekeken! En de patiënt vertelt zelf precies hoe de verpleegkundige geacht wordt de wond schoon te maken, hoe het gaas of verband te verwijderen, wanneer te stoppen met schoonmaken van de wond en in welke volgorde het verband weer kan worden aangebracht. Dit is soms wel vervelend voor verpleegkundigen, er is weinig tijd, er moet doorgewerkt worden. Belangrijk is dan te realiseren dat dit tijdens de wondverzorging tijd kost, maar doordat patiënt controle houdt, hij of zij de rest van de dag zich beter voelt en minder angst opbouwt.

**Afleiding** kan de pijn niet weg nemen, maar kan er wel voor zorgen dat de patiënt de aandacht even kan richten op iets anders. Afleiding kan op diverse manieren en hangt volledig van de patiënt af. Het is belangrijk tijdens de afleiding de zintuigen te stimuleren zoals het horen, zien, ruiken en voelen. Men kan naar muziek luisteren, maar dan wel muziek die de patiënt prettig vindt, verhalen vertellen, vragen stellen over werk van de patiënt, kinderen of kleinkinderen, hobby's en gebruik maken van humor. Maar ook televisie of video kijken, hardop een voorwerp in de kamer beschrijven kan afleidend werken. De reuk kan worden geprikkeld door de patiënt een geur te laten omschrijven of in gedachten te laten nemen, maar ook door aroma therapie. Veel geuren kunnen slaapverwekkend of juist ontspannend werken. Deze methode wordt steeds vaker gebruikt in verpleegtehuizen. In ziekenhuizen is hier nog weinig plaats voor, maar in de thuissituatie is dit wel goed te gebruiken. Denk aan geuren die patiënt prettig vindt zoals een lavendel kussen of een zakdoekje met een parfum of eau de cologne, lekker ruikende zeep of body lotion. Dat ook aanraken, het rustig strelen of kneepjes in de hand geven, afleidend kan zijn hangt van de patiënt

af. Sommigen vinden het fijn, anderen hebben hier absoluut geen behoefte aan.

**Ademhalingsoefeningen.** Het lichaam reageert op spanning met een toename van spiertonus. Als de spiertonus zich vergroot brengt dit een gevoel van angst en pijn teweeg. Hoewel er uitgebreide oefeningen zijn die door fysiotherapeuten en psychologen worden gegeven hoeft het niet zo ingewikkeld te zijn. Het is wel belangrijk dat er voor de wondverzorging wordt geoefend. Patiënt kan dan herinnerd worden aan de oefening. Tijdens de wondverzorging plotseling beginnen met oefenen vraagt te veel van de patiënt en is gedoemd te mislukken want de patiënt moet dan op zoveel dingen letten. Bij ademhalingsoefeningen gaat het om oefeningen waar menig patiënt al mee vertrouwd is. Deze oefeningen worden immers ook gebruikt bij bevallingen, bij yoga en zelfs na een aerobics sessie: "Adem rustig in door de neus. Probeer de adem naar de buik te sturen. Houd de adem vast..... en adem rustig uit door de mond. Herhaal dit een aantal maal". Het samen, patiënt en verpleegkundige, oefenen voor de verzorging of op een ander tijdstip werpt vruchten af tijdens de verzorging. Als de buikademhaling niet lukt kan men een hand op de buik leggen en laten voelen dat de hand omhoog komt als de adem naar de buik wordt gestuurd.

**Bevorderen van rust en comfort.** Pijn kan wegblijven of verminderen door maatregelen te treffen die het comfort verhogen. Help patiënt met een andere houding, liefst een zo normaal mogelijke lichaamshouding. Zorg dat de patiënt in een prettige stoel zit of in een warm bad ligt. Ook tijdens de behandeling het langdurig op- of hooghouden van een arm of been kan pijnlijk en stressvol zijn. Door met twee verpleegkundigen de behandeling uit te voeren kan pijn- en zelfs angst gereduceerd worden. Eén verpleegkundige helpt met het hooghouden en kan tegelijk gebruik maken van de interventies terwijl de andere verpleegkundige alle aandacht aan de wond-

verzorging kan geven. Ook het inlassen van een rustperiode zodat de patiënt weer even op adem kan komen, even kan uitrusten is van belang. Een wondverzorging vraagt veel energie. De patiënt is toch gespannen en opgelucht als de verzorging weer voorbij is. Gun patiënt de rust, maar zorg wel dat na een bepaalde tijd na de verzorging de patiënt weer wat actie onderneemt, zodat het dag- en nachtritme niet omgedraaid wordt. Met dit basis pakket aan pijn- en angst reducerende interventies kan de verpleegkundige de patiënt enorm ondersteunen. Belangrijk is te realiseren dat elke patiënt uniek is. Het is goed mogelijk dat de ene interventie wel werkt en de andere interventie helemaal niet. Patiënten die zelf controle willen houden zullen zich niet gemakkelijk laten afleiden. Andere patiënten grijpen elke afleidingsmethode aan om maar niet met de wonden en de wondbehandeling geconfronteerd te worden. De interventies lopen in elkaar over en kunnen best allemaal tegelijk gebruikt worden! Ga hier flexibel mee om. Als iemand naar muziek luistert, ondertussen aan een lekker stukje zeep ruikt en ook nog ademhalingsoefeningen doet haalt men het optimale uit de pijn- en angst reducerende interventies!

#### ANDERE INTERVENTIES RONDOM WONDVERZORGING

Zoals al eerder aangegeven begint de wondverzorging eigenlijk ruim voor de verzorging en eindigt lang nadat de verzorging heeft plaats gevonden. Ook hier geldt weer, iedere patiënt is uniek en standaardiseren is niet mogelijk. Hieronder volgen een aantal richtlijnen hoe met de interventies rondom de wondverzorging om te gaan.

**Voor de verzorging.** Overleg met patiënt wanneer de verzorging plaats gaat vinden. Als de patiënt daar enige zeggenschap in heeft, is dit voor de patiënt een teken dat de patiënt ook serieus genomen wordt. Dit geeft vertrouwen. Lukt het niet om de wensen van de patiënt te voldoen, geef dan uitleg waarom het niet kan. Dit zal vaak zonder pro-



bleem aanvaard worden. Geef ruim van tevoren de afgesproken pijnmedicatie. Orale medicatie werkt meestal pas optimaal na 60 minuten. Geef medicatie nooit kort voor de verzorging, want dan heeft het niet het gewenste effect. Bij intramusculaire injecties ligt het piekeffect rond de 20 tot 30 minuten. Neem met de patiënt door hoe de verzorging het beste uitgevoerd kan worden. Neem de pijnscore af en noteer het pijncijfer op de lijst. Oefen met de patiënt de buikademhaling. Belangrijk is om alle benodigdheden klaar te zetten, zodat de verpleegkundige tussendoor niet "even" weg hoeft om nog spullen te halen. Het is vaak beangstigend voor de patiënt om alleen achter te blijven.

**Tijdens de wondverzorging.** Zorg zoveel mogelijk voor comfort (een prettige stoel of anders op het bed of brancard) en las rustperiodes in. Werk als het mogelijk is met twee verpleegkundigen. Vertel altijd wat er gaat gebeuren en op welke wijze. Even rommelen achter de rug, terwijl de patiënt geen idee heeft wat er gebeurt, brengt onveiligheid en angst teweeg. Knip de verbanden los, week eventuele pleisters los. Het losmaken van pleisters is voor sommige patiënten al heel pijnlijk. Maak indien mogelijk gebruik van pleisters die niet al te veel hechten aan de huid (zie ook wondenboek WCS). Door met een nat gaasje onder het hydrocolloïd rustig te wrijven komt dit vrij gemakkelijk los en dit is voor de patiënt prettiger dan even snel lostrekken. Week vastzittende gazen altijd los. Lostrekken betekent immers ook dat het nieuw gevormde epitheel weer beschadigd raakt. Belangrijk is zoveel mogelijk alle vervelende aspecten van de wondverzorging eerst te doen. Laat patiënt zoveel mogelijk zelf meehelpen (autonomie) en complimenteer dan geregeld. Daarna kan de patiënt nog rustig liggen in het warme bad of even bijkomen in de stoel. Ga dan pas door met de andere verzorging zoals wassen en eventueel haren wassen. Na het schoonmaken of schoonspoelen van de wond, de wond voorzichtig droogmaken. Neem een groot gaas en druk dit stevig aan in plaats

van te deppen met een klein gaasje, het is ook mogelijk de wond aan de lucht te laten drogen. Maak, als het kan, gebruik van verbandmateriaal dat een paar dagen kan blijven zitten. Fixeer het verband niet te strak en niet te los (zie wondenboek WCS). Een afzakkend verband betekent dat de patiënt weer opnieuw verbonden moet worden en een extra belasting voor de patiënt.

**Na de verzorging:** breng de patiënt naar bed en laat patiënt uitrusten als daar behoefte aan is. Registreer het pijncijfer van het pijnlijkste moment tijdens de verzorging en het pijncijfer na de verzorging. Noteer dit op de lijst. Evalueer met de patiënt hoe deze de verzorging heeft ervaren. Noteer bevindingen en bespreek of pijnmedicatie of wijze van verzorging veranderd moet worden. Als blijkt dat patiënt toch erg angstig wordt is het belangrijk te overleggen met de arts of de patiënt voor de wondverzorging in aanmerking komt voor anxiolytica of sedativa. Hoe eerder men hiermee start, hoe minder angst er verder wordt opgebouwd en hoe beter dit is voor de patiënt.

#### TOT SLOT

Verpleegkundigen kunnen veel doen om de patiënt te leren omgaan met pijn en angst. Het strekt tot aanbeveling direct met deze interventies te beginnen, ook al geeft de patiënt geen angst of pijn aan. Op deze wijze kan voorkomen worden dat de patiënt angst opbouwt, met alle gevolgen van dien. Alle interventies die hier besproken zijn kunnen met elkaar, door elkaar of apart gebruikt worden. Als we ons realiseren dat de patiënt met behulp van deze interventies veel angst en pijn bespaard kan blijven zal dit uiteindelijk ook voor de verpleegkundige resultaat hebben in de vorm van minder onmachtgevoelens en een tevreden patiënt. Natuurlijk is het in deze tijd van verhoogde werkdruk en weinig personeel niet altijd gemakkelijk zo te werken. Maar neem het voorbeeld van die angstige verbrande jongen uit het citaat in gedachten. De begeleiding en de verzorging van hem

kost de verpleegkundigen veel tijd, energie en ook veel onmachtgevoelens. Als juist door gebruik te maken van de hier beschreven interventies deze situaties voorkomen kunnen worden, levert dat de verpleegkundige alleen maar tijdwinst op, om maar niet te denken over de positieve effecten die dit heeft voor de patiënt.

**\* Drs. H. W. Chr. Hofland is bestuurslid WCS, voorzitter commissie brandwonden en werkt als kinder-, IC- en onderzoeksverpleegkundige in het brandwondencentrum Rotterdam**

#### LITERATUUR

1. Centraal Begeleidings Orgaan (CBO) voor intercollegiale toetsing Consensus Verpleegkunde en pijn 1994.
2. Fitzgerald Ulmer, J. An exploratory study of pain, coping and depressed mood, following burn injury: *Journal of Pain and Symptom Management* 1997, (13); 3: 148 - 157.
3. Francke, A.L. Verpleegkundige interventies bij pijn; inhoud en effecten: *Pijninformatie 1992b* 17, VM 0200, pp.1-20.
4. Hofland, H.W.Chr. & L. Taal. Schokverwerkingsverschijnselen bij verpleegkundigen werkzaam in de brandwondenzorg: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997, (141); 21: 1269.
5. Krasner, D. The chronic woundpain experience: A conceptual model: *Ostomy/ woundmanagement* 1995, (41); 3: 20-25.
6. Kieholt-Glaser, J.K., P. Marucha, e.a. Slowing of woundhealing by psychological stress: *The Lancet* 1995; 346: 1194-1196.
7. McCaffery, M. & A. Beebe Pain, *Clinical manual for nursing practice*. 1994 In: Mosby, an imprint of Times Mirror International Publishers Limited.
8. Meschino, A., H.W.Chr. Hofland Onmachtgevoelens bij verpleegkundigen bij de verzorging van de patient met pijn: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, (140); 28: 1483.
9. Rosier, J. De kracht van eenvoud: *Nursing* 1999, 2: 57 - 62.
10. WCS Wondenboek. Leiden 1999