

PIJN BIJ CHRONISCHE WONDEN VERDIENT VEEL MEER AANDACHT

F. van Wijck*

2007 is het internationale jaar van de pijn. Voor WCS Nieuws een goede gelegenheid om aandacht te vragen voor de rol van pijn bij chronische wonden. Behandelaars zijn primair gericht op genezing van de wond, en gaan daarom nog wel eens voorbij aan adequate behandeling van de pijn.

In het verleden kreeg pijn die het gevolg was van chronische wonden niet bijzonder veel aandacht. Tegenwoordig is dat gelukkig wel anders, want de gedachte dat het met de pijn die een chronische wond met zich mee brengt wel mee zou vallen, is niet op feiten gestoeld. In tegendeel zelfs, want de cijfers (verzameld door prof.dr. Rianne de Wit, hoogleraar verplegingswetenschap Universiteit Maastricht) liegen er niet om. Bij beenulcera heeft tussen de 63 en 100 procent van de patiënten te kampen met pijn. Bij decubitus ligt dit volgens onderzoek tussen de 68 en 87 procent. En bij oncologische wonden is in 38 procent van de gevallen sprake van wondpijn.

PROBLEEMGERICHT

Niet mis te verstane cijfers dus. Maar ondanks de onderkenning hiervan, krijgen veel patiënten met chronische wondpijn geen adequate pijnbehandeling.

Verplegingswetenschapper Wendy Oldenmenger van de Daniel den Hoed Kliniek in Rotterdam, onderdeel van het Erasmus MC, begrijpt dit wel. 'Wonden zijn een acuut probleem', zegt ze, 'en behandelaars zijn doorgaans vooral probleemgericht bezig. Het gevolg hiervan is dat ze niet altijd voldoende aandacht hebben voor de klachten die met zo'n wond te maken kunnen hebben, bijvoorbeeld pijn. Misschien wordt dit ingegeven door de vrees dat de aandacht daarvoor wel eens de aandacht voor de wondgenezing zou kunnen afleiden. Bovendien schiet de kennis tekort, dat zie je wel aan de manier waarop pijnmedicatie wordt voorgeschreven. We zien hier bijvoorbeeld wel eens patiënten binnenkomen aan wie combinaties van sterk en zwak werkende opiaten zijn voorgere-

schreven. Het ligt voor de hand dat dergelijk voorschrijfgedrag bijwerkingen in de hand werkt.'

DE PATIËNT

Maar er is ook nog een andere reden waarom pijn bij chronische klachten niet altijd de aandacht krijgt die ze verdient, betoogt Oldenmenger: de patiënt zelf. 'Die is behept met allerlei vooroordelen', legt ze uit. 'Patiënten denken bijvoorbeeld dat die pijn erbij hoort als ze een wond hebben. Of ze gaan ervan uit dat de ouderdom nu eenmaal met gebreken – waaronder pijn – komt. Ook komt voor dat mensen bang zijn om aandacht voor de pijn te vragen. Bijvoorbeeld omdat ze vrezen dat de wondbehandeling zelf dan niet voldoende aandacht meer krijgt, zoals ik eerder al aangaf. Maar ook omdat ze bang zijn voor de geneesmiddelen die ze voorgeschreven krijgen als ze aangeven dat ze pijn hebben. Van opiaten bijvoorbeeld wordt vaak gedacht dat die ernstige bijwerkingen hebben of verslavend werken.' Behandelaars zijn ook nog wel eens geneigd te vergeten aan de patiënt te vragen wat die nu eigenlijk belangrijk vindt. 'Daar kunnen heel verrassende antwoorden uitkomen', zegt Oldenmenger. 'Niet alleen dat ze de voorrang willen geven aan de wondgenezing of aan verlichting van de pijn, maar bijvoorbeeld ook wel dat ze in staat willen zijn om nog een vakantie mee te maken of een bruiloft bij te wonen.'

ONDERZOEK

Wie een literatuurstudie verricht naar pijn bij chronische wonden, blijft bedroevend snel steken. Het is toch vooral de wondgenezing die in de literatuur als primair eindpunt wordt gezien. Oldenmenger verricht-

te in 2000 zelf onderzoek naar het aantal verpleegkundigen dat zich bezighield met pijnbestrijding. 'En daarbij was ik niet bijzonder kieskeurig', zegt ze. 'Ik vond het al heel mooi als ik iemand trof die zich hier gedurende acht uur per week specifiek mee bezig hield. Toch kwam ik niet verder dan tot een totaal van vijftig mensen, waarvan bovendien elf hier in Rotterdam. Nu zijn het er landelijk honderden en die hebben zich echt in pijnbehandeling gespecialiseerd. Het onderwerp is dus veel belangrijker geworden in de afgelopen vijf of zes jaar. Waarbij natuurlijk ook het feit meespeelt dat postoperatieve pijn een prestatie-indicator is geworden. Maar ja, dat is wel postoperatieve pijn. De aandacht voor chronische wondpijn komt hier achteraan. Ik weet niet in hoeverre dit te maken heeft met het feit dat chronische wondpijn niet telt als prestatie-indicator, maar ik kan me voorstellen dat dit van invloed is. Het onderwerp staat in ieder geval minder in de belangstelling. Chirurgen zijn primair snijders en zijn niet zozeer gericht op de latere fase van de wondbehandeling. Het ligt dan maar net aan hun belangstelling en hun expertise op dit gebied, of de behandeling van chronische wondpijn wel of niet de aandacht van hen krijgt die nodig is. Of aan hun bereidheid om patiënten door te verwijzen naar een pijnpoli natuurlijk.'

KENNIS OPBOUWEN

Of tussen de specialist en de verpleegkundige een groot verschil in kennis bestaat over wonden en de pijn die daarmee kan samenhangen, durft Oldenmenger niet te stellen. 'Wel weet ik dat de kennis op dit gebied bij beide beroepsgroepen niet

altijd optimaal is', zegt ze.

'Gedurende de opleiding krijgt het onderwerp in ieder geval te weinig aandacht. Zelf heb ik de hbo-v opleiding gevolgd. Als ik daarin één uur heb gehad over algemene pijnbestrijding, dan houdt het wel op.'

Ook is de vraag wie verantwoordelijk is voor de behandeling van pijn bij chronische wonden. 'Is dat de snijvend specialist?' vraagt Oldenmenger zich hardop af. 'Is het de internist? De verpleegkundige is in ieder geval niet eindverantwoordelijk. Het is de specialist die voorschrijft hoe wordt behandeld. Al kan de verpleegkundige hierin natuurlijk wel een sturende rol spelen. Vooropgesteld dat die hiertoe de kennis heeft tenminste. In de ziekenhuizen is dit gelukkig in toenemende mate het geval. Maar in de thuiszorg en in de verpleeghuizen is het kennisniveau heel erg wisselend. Bovendien werken de verpleegkundigen daar onder een enorme tijdsdruk. Ze zijn vaak al blij als ze een wond goed kunnen verzorgen.'

KENNISOVERDRACHT

Dat verpleegkundigen op dit gebied kennis moeten opbouwen, staat dus buiten kijf. 'Maar het moet wel de juiste kennis zijn', waarschuwt Oldenmenger. 'Veel onderzoek ziet er bij oppervlakkige beschouwing weliswaar aardig uit, maar blijkt bij nauwkeuriger bestudering toch niet zo evidence based te zijn. Verpleegkundigen die onderzoek verrichten, moeten dus heel goed in staat zijn het kaf van het koren te scheiden. En vervolgens moeten ze de opgedane kennis goed beargumenteerd onder de aandacht van de specialist weten te brengen. De specialisten zouden die kennis van de verpleegkundigen heel goed kunnen gebruiken. Het zou de kwaliteit van zorg enorm ten goede komen.' Daarnaast blijft vanzelfsprekend de keuze voor de juiste verbandmiddelen van onverminderd groot belang. 'Niet alleen voor de wondgenezing', stelt Oldenmenger, 'maar ook voor bijvoorbeeld de pijn en de luchtjes. Op dit gebied hebben de gespecialiseerde verpleegkundigen veruit de meeste ervaring. In dit ziekenhuis merk ik ook dat de specialisten de

WHO ANALGETISCHE LADDER

In dit interview geeft Wendy Oldenmenger aan dat zij soms meemaakt dat behandelaars zware en lichte opiaten in combinatie met elkaar voorschrijven om de wondpijn van patiënten te verlichten. Dat is niet de bedoeling. Vorig jaar oktober verzorgde Oldenmenger een lezing tijdens het symposium „Wondpijn, een groot probleem“. Hierin benadrukte zij het belang van het gebruik van de WHO analgetische ladder voor behandeling van chronische pijn. Deze ladder bestaat uit drie trappen, die we alledrie kort zullen toelichten.

STAP 1

Hierop staan de niet-opiaten paracetamol en NSAID's. Paracetamol werkt perifeer en remt de aanmaak van prostaglandinen. NSAID's remmen een aanwezige ontsteking. De laatste kunnen wel gastro-intestinale klachten veroorzaken.

STAP 2

Hierin wordt gebruikgemaakt van de zwak werkende opiaten codeïne en tramadol. Codeïne geeft veel bijwerkingen, zodat het gebruik hiervan wordt afgeraden. De bijwerkingen van tramadol zijn geringer, al kunnen sufheid, duizeligheid, misselijkheid, obstipatie en hoofdpijn wel voorkomen. De lichtst beschikbare dosis - 50 mg - is bovendien voor veel patiënten te hoog.

STAP 3

Hierbij komen we bij de sterk werkende opiaten zoals morfine, fentanyl, palladon en oxycontin. Fentanyl en palladon en oxycontin hebben een sterkere werking dan morfine. Verwarrend is dat zowel de snel als de langzaam werkende variant van palladon onder die naam op de markt worden gebracht. De voorschrijver moet dus goed in ogen-schouw nemen wat hij voorschrijft. Opiaten worden veelal in combinatie met paracetamol of een NSAID toegediend, waardoor de pijn zowel perifeer als centraal wordt aangepakt.

vraag welk middel het best kan worden toegepast in welke fase van de wondbehandeling, geheel aan de verpleegkundigen overlaten. Ik kan me niet voorstellen dat het in andere ziekenhuizen veel anders zal zijn.'

Oldenmenger benadrukte in haar lezing verder nog enkele andere aspecten ten aanzien van de behandeling van pijn die ook in dit kader aandacht verdienen:

- Er is ook medicatie die kan worden toegepast als voorbereiding op een pijnlijke handeling, zoals een verbandwisseling. De meeste middelen werken pas dertig tot 45 minuten na toediening. De pijnpen is een – nog experimentele – alternatieve oplossing die al binnen vijf minuten werkt. En over enige maanden komt fentanyl OTFC op de markt, dat binnen een kwartier werkt.
- De behandelaar en/of verpleegkundige dient een goede anamnese en pijnmeting te doen om adequaat overeenkomstig de WHO pijnladder te kunnen behandelen.
- De methode die wordt gebruikt om de pijn te meten moet eenvoudig zijn, betrouwbaar, reproduceerbaar en onafhankelijk van taal en cultuur. Scorelijstjes met cijfers of tekeningen van gezichten werken daarom goed.

* Frank van Wijck