

Pijnbestrijding in de thuisgezondheidszorg een (on)haalbare kaart

Auteur: A.M. Koornneef- Beeuwkes
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1991
Pagina: 52-53
Jaargang: 7
Nummer: 4
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: congresverslag thuiszorg pijn
Literatuur:

In de thuisgezondheidszorg komt de hulpverlener dagelijks het fenomeen pijn tegen. Pijn van de patiënt en pijn van de mensen om de patiënt heen zoals partner, familie en vrienden. Pijn die zich uit in verschillende vormen, soms duidelijk aanwijsbaar, soms heel verborgen. De hulpverlener die met deze situatie wordt geconfronteerd, voelt zelf soms ook de pijn vanuit zijn betrokkenheid.

Uit bovenstaande blijkt al hoe multi-interpretabel het woord pijn" is. De definitie van IASP (International Association for the Study of Pain): "Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die in verband wordt gebracht met bestaande of dreigende weefselbeschadiging of wordt beschreven in termen van weefselbeschadiging". Een definitie lijkt duidelijkheid te geven maar zegt nog niets over de oorzaak en de mate van de pijn. Bij pijn moeten we uitgaan van de patiënt. Hij/zij is de enige die kan aangeven hoe erg de pijn is en hoe het voelt. En dáármee moet de hulpverlener verder, rekening houdend met lichamelijke, emotionele en culturele factoren die hun invloed kunnen uitoefenen.

Pijn lijden

In de (aanvullende) thuiszorg zien we in het algemeen verschillende groepen patiënten met bepaalde pijnverschijnselen:

- a. preterminale patiënten;
- b. terminale patiënten;
- c. chronische patiënten;
- d. patiënten met postoperatieve pijn.

Het is van belang te realiseren in welke groep de patiënt thuishoort, want dit heeft consequenties voor de behandeling en verzorging. Ook in de communicatie met de patiënt zal blijken hoe verschillend de pijnbeleving kan zijn. Een patiënt met postoperatieve pijn weet dat het tijdelijk is en ziet uit naar een betere toekomst. De patiënt in de terminale fase beleeft zijn pijn wellicht als verzwaring van zijn toch al grote lijden met als toekomst de dood. De

emoties rondom de pijn kunnen dan heviger en dieper zijn in het laatste voorbeeld. Lijden komt niet alleen voort uit een lichamelijke beschadiging; de laatste tijd krijgen andere oorzaken van pijn en lijden ook steeds meer terechte aandacht. Naast het lichamenlijk lijden - t.g.v. weefselbeschadiging, medicatie, bestraling enz. - kent de patiënt ook het zgn. gevoelslijden en denklijden. Het gevoelslijden komt voort uit tegenstrijdige gevoelens, veelal gevoed door de afhankelijkheid. De patiënt zou eigenlijk voor zichzelf willen opkomen maar durft dit niet omdat hij vindt dat hij dankbaar moet zijn voor alle hulp die hij krijgt. Het denklijden komt voort uit onbekendheid; de patiënt zit met vragen die niemand kan beantwoorden bv. "hoe zal ik overlijden, waarom ik?" Pijn hoeft niet altijd openlijk te worden uitgesproken door de patiënt. Soms zit het achter bepaalde gedragingen, zoals irritaties, agressief gedrag, passief gedrag. Maar ook de hulpverlener kan lijden aan de situatie- Vaak treedt bij haar/hem eerst het denklijden op: wat zal ik in die situatie aantreffen" het idee dat men op alle vragen antwoord moet hebben en hier misschien niet aan zal kunnen voldoen. Hieruit ontstaat het gevoelslijden, het schuldig voelen dat men aan de verwachtingen van de patiënt en de familie (en van zichzelf) niet voldoet. Door veel denk- en gevoelslijden bestaat de mogelijkheid dat het lichamenlijk lijden ontstaat. Iedereen heeft zijn eigen zwakke plekken: pijn in het hoofd, spierpijn in de nek/schouder, maagpijn. De familie en anderen die om de patiënt staan leven en lijden mee. Dat is het unieke van de thuissituatie: met elkaar het ziekteproces in de eigen omgeving doormaken; dit wordt intens beleefd. Dit gemeenschappelijk beleven wordt vaak positief ervaren, vandaar dat tegenwoordig het thuis ziek zijn en sterven door velen wordt gewenst. Maar doordat men dicht bij elkaar is voelt men ook de pijn mee, met name in emotionele zin. Tav. de pijnbestrijding moet ook de familie zo goed mogelijk worden voorgelicht en opgevangen. Het komt nogal eens voor dat rouwverwerking na het overlijden wordt bemoeilijkt doordat familieleden zich alsnog schuldig en gefrustreerd voelen omdat zij niets hebben kunnen doen aan de pijn van hun geliefde.

Deskundigheid en samenwerking

Vele aspecten vragen aandacht bij het omgaan met patiënten met pijn, voor de patiënt maar ook voor de hulpverlener. Allereerst is een grote openheid nodig om te kunnen observeren, signaleren en te kunnen communiceren. Want alvorens tot behandeling en verzorging over te gaan moet men zich terdege bewust zijn van wat er bij die patiënt in die situatie afspeelt. Kijken en luisteren alleen al kunnen de pijn verminderen doordat oprechte aandacht wordt getoond voor het probleem van de patiënt. De pijnanamnese kan hierbij een hulpmiddel zijn. Aanvankelijk kost dat tijd, maar een niet adequate behandeling en verzorging zal uiteindelijk meer energie en tijd van de zorgverlener vragen doordat de patiënt ontevreden is en aandacht en tijd blijft vragen. De hulpverlener dient wel over vaardigheden en kennis van onderzoeks- en pijnbestrijdingsmethoden te beschikken. Deskundigheid moet ook steeds op peil gehouden worden; daar moet niet te lichtvaardig over worden gedacht, want het is soms jammer dat men door onwetendheid alleen op intuïtie afgaat. Kennis van zaken is dus belangrijk, maar zonder samenwerking binnen eigen discipline en met andere disciplines zal de patiënt niet optimaal geholpen kunnen worden. De huisarts, de (wijk)verpleegkundige, de gezinszorgverlener, de maatschappelijk werker en de fysiotherapeut werken in de thuisgezondheidszorg veel samen. Uitwisseling van gegevens, ervaring en kennis, overleggen en feedback geven aan elkaar moeten een vanzelfsprekende zaak zijn. Iedere discipline heeft zijn eigen visie, taak en

verantwoordelijkheid in de pijnbestrijding en samen kunnen zij sterk staan.

Zo zal de huisarts met goed geobserveerde effecten van de pijnbehandeling en gerapporteerde gegevens van de (wijk)verpleegkundige, gericht de voorgeschreven therapie samen met de patiënt kunnen beoordelen en zo nodig bijstellen. En voor de verpleegkundige is het belangrijk de visie van de arts te begrijpen bij het medicatiebeleid zodat de patiënt en de familie adequaat kunnen worden begeleid. Maar ook het serieus nemen van kritische vragen van elkaar is nodig om zo de pijnbehandeling en de verzorging van deze lijdende patiënt, of dit nu medicamenteus of fysiotherapeutisch is, te optimaliseren. Wanneer deskundigheid en samenwerking op dát niveau aanwezig zijn, zal ook het "lijden" van de hulpverlener zelf, bespreekbaar worden en mogelijk verminderen. Dan wordt er als team gewerkt, hetgeen profijt oplevert voor patiënt én hulpverlener. STAT wil actief meewerken aan het optimaliseren van zorg. Met de mogelijkheden die de huidige pijnbestrijdingsmethoden bieden, en met voldoende begrip, kennis en samenwerking kan pijnbestrijding thuis een haalbare kaart zijn!

A.M. Koornneef- Beeuwkes, Mentor Stichting Aanvullende Thuiszorg Nederland STAT-NL