

# Pijn: hoe u uw weg vindt in een pas ontgonnen verpleegkundig domein

**Auteur:** P. Vogelaar

**Vertaald/bijgewerkt:**

**Nieuwsbrief:** 1994

**Pagina:** 60-65

**Jaargang:** 1

**Nummer:** 2

**Toestemming:**

**Illustraties:**

**Bijzonderheden:**

**Kernwoorden:** pijn pijnbehandeling pijnbestrijding

- Francke AL. Pijn als verpleegprobleem. Dwingeloo: Kavanah, 1992.  
- International Association for the Study of Pain (IASP). Pain Issues Relevant to Nursing. IASP Refresher Course Syllabus. IASP, 1993. - McCaffery M. De verpleegkundige zorg voor patiënten met pijn (vertaald, origineel gepubliceerd in 1972). Lochem: De Tijdstroom, 1977. - McCaffery M, Beebe A. Pain. Clinical Manual for Nursing Practice. St.Louis-Baltimore-Philadelphia-Toronto: the C.V. Mosby Company, 1989. - Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Syllabus consensusbijeenkomst verpleegkunde bij pijn. Utrecht: CBO, 1994. - Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (NVBP). Pijn en pijnbehandeling, een basaal onderwijscurriculum onder redactie van Dingemans W. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1993. - Nieweg MB, Arend AJG van der. Verpleegkundige zorg voor patiënten met pijn. In: Pijninformatorium. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu, 1992;-17:1-20. - Schulkes-v.d.Pol JA. Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker. Groningen: NVBP, 1990. - Schulkes-v.d.Pol JA. Pijn en pijnbehandeling bij reumatische aandoeningen. Groningen: NVBP, 1992.

Via praktijkgevallen leidt dit artikel u naar de verpleegkundige verantwoordelijkheid, taken en interventies bij pijn. In juni van dit jaar heeft de verpleegkundige beroepsgroep in Nederland overeenstemming bereikt over 'verpleegkunde bij pijn'. Op verzoek van de Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad werd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing een bijeenkomst georganiseerd met als doel consensus te bereiken over de verpleegkundige verantwoordelijkheid, taken en interventies bij pijn. Dit najaar zal de consensustekst met een uitgebreide toelichting door het CBO worden gepubliceerd. Een aantal conclusies van de bijeenkomst vindt u hier besproken in een praktisch kader.

Iedereen weet uit eigen ervaring wat pijn is. Pijn is een nuttige waarschuwing bij een fysiek schadelijke situatie. Het aanraken van een hete kachel bijvoorbeeld veroorzaakt pijn en daarom trekt men de hand terug om te voorkomen dat men zich nog meer pijn doet en schade oploopt. De uitroep 'Au!' -of een kreet van gelijke strekking- waarschuwt de omgeving voor

het dreigende gevaar.

Pijn wordt een ingewikkelder probleem als de gevaarlijke situatie ernstiger is of als de gevolgen ervan de kwaliteit van het leven bedreigen. Dit is het geval als gevolg van een levensbedreigende aandoening als kanker of AIDS, of als de pijn wordt veroorzaakt door een chronische aandoening. Maar ook pijn als gevolg van een medische behandeling of een ongeluk is soms niet te verdragen. Bovendien blijkt dat de ene mens anders omgaat met pijn en lijden dan de ander.

Pijn vormt voor veel mensen een belangrijke reden om naar de dokter te gaan. Door zijn complexe aard en verschijningsvorm is pijn een van de meest uitdagende problemen waar de gezondheidszorg zich voor gesteld ziet. Misschien juist door zijn complexiteit heeft pijn als probleem pas de afgelopen twintig jaar de volle belangstelling van de gezondheidszorg gekregen.

Binnen de gezondheidszorg heeft de verpleegkundige beroepsgroep zich tot nu toe nauwelijks opgeworpen voor een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt met pijn. Het is de hoogste tijd dat verpleegkundigen die achterstand inhalen en het verpleegprobleem pijn op een methodische wijze te lijf gaan.

## **Wat de patiënt zegt**

Volgens McCaffery (1977) is pijn '... wat de patiënt zegt dat het is en aanwezig wanneer de patiënt dat aangeeft'. In 1979 stelde de International Association for the Study of Pain (IASP) van de Wereld Gezondheids Organisatie dat 'Pijn een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring (is) die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van weefselbeschadiging'.

Deze twee definities zijn op het belangrijkste punt eensluidend: pijn is een subjectieve ervaring van een individu en kan daarom alleen door dat individu worden beoordeeld.

Als iemand pijn ervaart is alleen hij in staat aan te geven waar hij pijn heeft, hoe die pijn aanvoelt, hoe erg die pijn is en wanneer deze optreedt.

Daarmee passen de definities binnen de huidige verpleegkundige opvattingen over patiëntgericht verplegen.

Het 'Verpleegkundig Beroepsprofiel' (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1989) bepaalt immers dat de feitelijke en dreigende gevolgen van gezondheidsverstoringen en hun behandeling voor de levensverrichtingen van het individu tot het verpleegkundig aandachts- en competentiegebied behoren. Pijn is zo'n gevolg en is dus een verpleegprobleem.

## **Ze durft niet meer...**

Mevrouw Van Essen, 67 jaar oud, is drie dagen geleden geopereerd aan haar galblaas. De eerste dagen na de operatie kreeg mevrouw pijnmedicatie met injecties en gaf zij aan geen hevige pijn te voelen.

Tijdens de ochtendvisite vermindert de arts de pijnmedicatie en de verpleegkundige spoort mevrouw aan beter door te ademen en voorzichtig te mobiliseren. 's Middags vraagt mevrouw Van Essen een extra spuitje voor de pijn die zij nu als heel erg beschrijft.

Trudy, de verpleegkundige die die dag voor mevrouw zorgt, zegt dat de dokter dat niet goed vindt en dat de pijn drie dagen na de operatie echt niet zo erg meer kan zijn. Verbluft blijft mevrouw de rest van de dag zo stil mogelijk in bed liggen maar 's nachts kan ze niet slapen. Ze durft niet meer om een pijnstiller te vragen.

De volgende dag ziet mevrouw er vermoeid uit en is ze verdrietig. Ze wil gewassen worden en in bed blijven. De collega van Trudy begrijpt er niets van tot mevrouw na enig aandringen aangeeft nog steeds zoveel pijn te hebben. In overleg met de arts wordt alsnog pijnmedicatie volgens een vast toedieningsschema afgesproken. In de loop van de dag voelt mevrouw zich beter en kan ze goed doorademen en beter mobiliseren. Het is duidelijk dat Trudy door niet naar haar patiënte te luisteren mevrouw Van Essen onnodig pijn heeft laten lijden en het herstel van de patiënte in gevaar heeft gebracht. Pijn is privé, ook de pijn die mevrouw Van Essen ervaart.

## Vaststellen van pijn

De eerste stap in het verpleegkundig proces is het vaststellen van het verpleegprobleem. Door middel van observatie stelt de verpleegkundige vast of de patiënt pijn heeft. Verpleegkundige observatie betekent waarnemen, kijken, vragen en luisteren en daarbij gebruik maken van de eigen kennis, ervaring, intuïtie en de informatie van andere collega's of bijvoorbeeld de arts of fysiotherapeut.

Dat lijkt eenvoudiger dan het is.

Omdat het hebben en ervaren van de ernst van pijn subjectief is, hangt het van de mate van tweerichtingscommunicatie tussen patiënt en verpleegkundige af of de verpleegkundige een goed inzicht krijgt in de pijn die de patiënt ervaart.

Johan is een geestelijk gehandicapte jongeman van 25 jaar. Sinds acht jaar verblijft hij in een inrichting. Door zijn handicap is Johan niet in staat zijn ervaringen onder woorden te brengen en begrippen als pijn en de oorzaken van pijn kan hij niet bevatten.

Stefan, de groepsleider en zijn collega's hebben al enkele dagen de indruk dat er iets mis is met hun pupil. Johan gedraagt zich anders dan anders: hij is niet zo vrolijk als gewoonlijk, is af en toe agressief, lijkt angstig en wil niet eten.

In het verpleegplan wordt observatie en rapportage van gedrag als bijzonder aandachtspunt opgenomen. Na enkele dagen valt het op dat Johan vaak zijn hoofd met beide handen vasthoudt. Dit wordt met de arts besproken en deze besluit tot verder onderzoek. Inspectie van het gebit geeft het antwoord: Johan heeft kiespijn!

## Lastige opgave

Verpleegkundigen dienen steeds alert te zijn op gedrag en met name op gedragsveranderingen die kunnen duiden op pijn bij hun patiënt of pupil. Door een goede observatie kan blijken dat pijn de oorzaak van dat gedrag is. Goede observatie stelt verpleegkundigen in staat feitelijke pijn te signaleren.

Bij dreigende pijn biedt observatie van gedrag weinig houvast. Dreigende pijn is pijn waarvan kan worden verwacht dat die zal optreden. Dat is bijvoorbeeld het geval bij patiënten die een operatie ondergaan of die lijden aan ziekten als kanker of reuma die bekend staan om de pijn waarmee ze gepaard kunnen gaan.

Het signaleren van dreigende pijn doet een verpleegkundige op grond van haar deskundigheid en ervaring. Preventieve maatregelen zoals decubituspreventie en het geven van goede informatie aan de patiënt kunnen veel pijn voorkomen.

Toch is met het vaststellen van de aanwezigheid of dreiging van pijn het inzicht in het pijnprobleem van de patiënt nog niet compleet.

Omdat pijn een multidimensioneel verschijnsel is en bovendien wordt beïnvloed door een aantal factoren, is het in kaart brengen van pijn een soms lastige opgave. Dit vereist een nadere toelichting.

## **Pijn als multidimensioneel verschijnsel en factoren die de pijn beïnvloeden**

Pijn bestaat uit vier dimensies:

nociceptie  
pijngewaarwording  
pijnbeleving  
pijngedrag.

Stien Jansen heeft borstkanker. Na haar borstsparende operatie vijf jaar geleden, heeft zij met vallen en opstaan en met hulp van haar man en lotgenotencontact geleerd met haar ziekte te leven. Bij elke medische controle was haar arts tevreden. De pijn in het operatiegebied kon ze accepteren als de prijs voor haar genezing.

Pijnstillers gebruikte ze nauwelijks, met ontspanningsoefeningen en yoga kon ze beter uit de voeten. Na een drukke periode door een verhuizing had ze last van rugpijn die tegen de verwachting met rust en fysiotherapie niet minder maar heviger werd.

Diagnostisch onderzoek wees uit dat er sprake was van uitzaaiingen in drie ruggewervels. Een curatieve behandeling was niet meer mogelijk, werd haar verteld. Door dat bericht stortte de wereld van Stien volledig in. Er werd meteen met bestraling begonnen om uitbreiding van de kanker en verlamming te voorkomen.

Maar de pijn werd steeds erger, ook in het operatiegebied. Stien trok zich steeds meer terug uit het gezinsleven, had geen belangstelling meer voor mensen en dingen om zich heen, had een verminderde eetlust, verloor gewicht en 's nachts kon ze niet meer slapen. Als ze eindelijk sliep schrok ze vaak angstig wakker.

Stien geeft aan dat het leven voor haar alle zin verloren heeft.

## **Nog andere factoren**

De pijnprykkels als gevolg van weefselbeschadiging door de aangetaste wervels vormen de nociceptieve dimensie van de pijn. De gewaarwording van de pijn bracht Stien ertoe de arts te raadplegen en te rusten. Na het bericht dat herstel niet meer mogelijk was veranderde de beleving van de pijn: deze wordt als onverdraaglijk ervaren. De ernst van het lijden komt tot uiting in vele vormen van pijngedrag: klagen, afzondering, onverschilligheid, angst.

Het verhaal van Stien Jansen maakt duidelijk dat behalve de vier dimensies van de pijn ook andere factoren de pijn beïnvloeden. Zo is de slechte lichamelijke conditie door gewichtsverlies en vermoeidheid van invloed op de nociceptie en de pijngewaarwording. Angst en depressie zijn psychische factoren die vooral de pijnbeleving en het pijngedrag beïnvloeden. Daarnaast kunnen ook sociale en sociaal-culturele factoren effect hebben op pijnbeleving en -gedrag. Spirituele factoren tenslotte hebben te maken met zingeving van leven en bepalen mede de pijnbeleving.

Lichamelijke, psychische, sociale en spirituele factoren die alle dimensies van pijn, maar ook elkaar beïnvloeden worden pijnbeïnvloedende factoren genoemd. Daarmee is het duidelijk dat

pijn bestaat uit vier dimensies en dat pijn wordt beïnvloed door een ingewikkeld samenspel van factoren.

## **Bestrijding: preventie, behandeling en verzorging**

Dat heeft verstrekkende gevolgen voor de bestrijding van pijn. Het doel van pijnbestrijding kan worden omschreven als: het voorkomen of -als dit niet mogelijk is- het opheffen of tenminste verzachten van de pijn.

Pijnbestrijding beweegt zich dus op de terreinen van preventie, behandeling en verzorging. En omdat pijn een multidimensioneel probleem is, moeten de preventieve, behandelende en verzorgende interventies gericht zijn op elk van de vier dimensies van de pijn en op de factoren die de pijn beïnvloeden.

Dat wil zeggen dat pijnbestrijding zich richt op de gehele mens.

Het heeft geen zin om pijn te bestrijden door een interventie die gericht is op alleen het pijngedrag.

Trudy probeerde dat bij haar patiënte; door niet te luisteren en de pijn te bagatelliseren werd de pijnbeleving van mevrouw Van Essen zeker niet minder en ook werd niets ondernomen om de nociceptie of de pijngewaarwording te bestrijden.

Stefan en zijn collega's besloten het gedrag van hun pupil serieus te nemen door een systematische observatie en rapportage, gevolgd door overleg met een arts: een goede diagnose was het gevolg.

Goede pijnbestrijding begint met het in kaart brengen van de dimensies en de pijnbeïnvloedende factoren. Bij het stellen van een pijndiagnose spelen artsen en verpleegkundigen samen een belangrijke rol. Medische en verpleegkundige observaties vullen elkaar aan en geven samen een goed inzicht in het pijnprobleem.

Een goed hulpmiddel om te komen tot een verpleegkundige pijndiagnose is onder andere beschreven door Francke (1992). Zie de literatuurlijst op het einde van dit artikel.

## **In kaart brengen**

Het afnemen van een pijnanamnese is een voorwaarde voor een goede planning en uitvoering van pijnbestrijding. Vergeet daarbij niet dat iedere observatie een momentopname is. De pijn die de patiënt ervaart varieert vaak van dag tot dag, van nacht tot nacht, van uur tot uur.

Misschien is opnieuw weefsel beschadigd, waardoor nieuwe pijn of verergering van bestaande pijn kan worden veroorzaakt. De pijnanamnese stelt de verpleegkundige in staat een beginsituatie in kaart te brengen om daarna te komen tot de planning en uitvoering van pijnbestrijdende interventies. Het effect van die interventies kan worden gemeten door een vergelijking met de beginsituatie. Het evalueren is een belangrijke schakel in het verpleegkundig proces bij pijn en moet dan ook op gezette tijden plaatsvinden.

Een van de belangrijkste verpleegkundige observaties is bedoeld om de pijnbeleving, de mate van de pijn die de patiënt ervaart, zichtbaar te maken. Dat gebeurt met behulp van zogenaamde pijnbeoordelingsinstrumenten. Er zijn verschillende pijnbeoordelingsinstrumenten in omloop.

De multidimensionele pijnbeoordelingsinstrumenten brengen verschillende kenmerken van de pijn in kaart.

Het pijnanamneseformulier is hiervan een praktisch toepasbaar voorbeeld. Een pijndagboek is een ander voorbeeld van een multidimensioneel pijnbeoordelingsinstrument: de patiënt geeft hierin zelf het verloop van de pijn en activiteiten die de pijn verlichten of verergeren aan.

Unidimensionele pijnbeoordelingsinstrumenten dienen om één kenmerk van de pijn inzichtelijk te maken en te rapporteren.

Een voorbeeld van zo'n instrument is het lichaamsdiagram (McCaffery & Beebe, 1989). Dit instrument bestaat uit een tekening waarop de patiënt zelf of de verpleegkundige kan aangeven op welke plaats of plaatsen hij pijn heeft.

Andere veel gebruikte unidimensionele pijnbeoordelingsinstrumenten zijn visuele, numerieke of verbale pijnintensiteitsschalen (Sculkes-v.d. Pol, 1990). Met behulp van deze schalen kan een patiënt aangeven wat de intensiteit van de pijn (de hevigheid of ernst van de pijn) is.

De scores die een patiënt aangeeft zijn goed in een curve op de temperatuurlijst zichtbaar te maken.

De eenvoudigste pijnintensiteitsschaal is de numerieke: met een getal van 0 (= geen pijn) tot 10 (= heel erge pijn) geeft de patiënt een 'rapportcijfer' aan zijn pijnbeleving op het moment van scoren of een periode voorafgaand aan dat moment (bijvoorbeeld: de pijnscore van de afgelopen dag of nacht).

## **'Eigen' pijndagboek**

Het gebruik van een pijnintensiteitsschaal is bijvoorbeeld nuttig bij postoperatieve pijn.

Meteen na de operatie, als de patiënt goed wakker en aanspreekbaar is, vraagt de verpleegkundige naar de pijnscore en noteert die op de postoperatieve controlelijst.

Bij elke postoperatieve controle van bloeddruk, pols en ook bij andere observaties noteert de verpleegkundige ook de pijnscore. Op deze manier is het mogelijk het beloop van de pijn te volgen en een beeld te vormen van het effect van bijvoorbeeld de pijnmedicatie en de houding in bed. Als de pijnscore hoog blijft, kan de patiënt aangeven welke score voor hem wel aanvaardbaar zou zijn en aan de hand daarvan kan vervolgens de pijnbestrijding worden aangepast.

De verpleegkundige kan bijvoorbeeld de arts vragen om andere pijnmedicatie. Sommige patiënten zijn zelf goed in staat de pijnscores bij te houden in een pijndagboek.

Het gebruik van deze methode van pijnbeoordeling had bij mevrouw Van Essen uit ons eerste voorbeeld veel ellende kunnen voorkomen.

## **Verpleegkundige interventies bij pijn**

Een volledige opsomming van verpleegkundige interventies is in een artikel niet te geven.

Tijdens de con-sensusbijeenkomst 'Verpleegkunde bij pijn' (CBO, 1994) werd een aantal interventies genoemd die verpleegkundigen tot hun 'domein' mogen en moeten rekenen.

Hieronder worden vier verpleegkundige interventies bij pijn en hun praktische toepasbaarheid besproken.

## **Toedienen van medicatie**

In het kader van pijnbestrijding worden verschillende medicijnen gegeven, die analgetica (pijnstillers) en co-analgetica (ondersteunende medicatie) worden genoemd (Dingemans e.a.,

1993). Het is vaak de verpleegkundige die de door de arts voorgeschreven medicatie aan de patiënt verstrekt of toedient.

Het observeren en rapporteren van de werking en de eventuele bijwerkingen van de pijnmedicatie en het bevorderen van de medicatietrouw door het geven van informatie moeten in dit verband ook tot verpleegkundige taken worden gerekend.

Om dit goed te kunnen doen is het belangrijk dat verpleegkundigen op de hoogte zijn van de basisprincipes van pijnbestrijding met medicijnen:

- het is beter om (ergere) pijn te voorkomen dan pijn te bestrijden;
- de patiënt moet pijnmedicatie krijgen op geleide van de pijn die de patiënt zelf aangeeft;
- als pijnmedicatie niet voldoende werkt, moet patiënt -medicatie krijgen volgens opklimmende sterkte aan de hand van de zogenaamde analgetische ladder (Schulkes-v.d.Pol, 1990, Dingemans, e.a., 1993);
- als bijwerkingen optreden, moet de patiënt andere pijnmedicatie krijgen of moet een andere toedieningsweg worden gekozen;
- de patiënt moet pijnmedicatie krijgen volgens een vast tijdschema ('op de klok') dat afgestemd is op de effectieve werkingsduur van de pijnmedicatie.

## Beter voorkomen...

Het volgende voorbeeld laat zien hoe bij postoperatieve pijn de toepassing van deze principes tot een goede pijnbestrijding kan leiden.

De heer Peters (56 jaar, 80 kg) heeft een grote buikoperatie ondergaan. Door de anesthesioloog is tevoren afgesproken dat de patiënt een zetpil paracetamol 500 mg krijgt vóór de operatie als onderdeel van de premedicatie. Hierdoor wordt een bloedspiegel van de pijnmedicatie in het lichaam opgebouwd waardoor de pijn na de operatie meteen wordt bestreden.

Deze medicatie wordt daarna op vaste tijden gegeven: 6 x daags paracetamol 500 mg à 4 uur, waarbij rekening wordt gehouden met de effectieve werkingsduur van paracetamol (4-6 uur). Het is hierbij noodzakelijk om de patiënt wakker te maken, want pijn voorkomen is beter dan wakker worden van de pijn!

Na de operatie gebruikt de verpleegkundige de numerieke pijnintensiteitschaal om het beloop van de pijn van de heer Peters in kaart te brengen. Op geleide van de pijnscores van de patiënt mag de verpleegkundige buprenorfine 0,2 mg (Temgesic) onder de tong geven met een maximum van 4 tabletten per twee uur.

Als dit onvoldoende effect sorteert of als de patiënt misselijk is, mag worden overgestapt op intramusculaire toediening van Vilan 10 mg met een maximum van 15 mg per vier uur.

Omdat dit schema voor de operatie is afgesproken hoeft de verpleegkundige hiervoor geen arts te raadplegen. Er ontstaat zodoende geen oponthoud, en dus meer pijn, door overleg dat met name 's nachts veel tijd kan vergen.

Ook bij gebruik van opiaten wordt het gebruik van paracetamol gehandhaafd, omdat deze medicijnen elkaars werking versterken.

Er wordt dus rekening gehouden met de werking van de medicijnen en met de principes van de analgetische ladder.

Helaas blijkt de heer Peters toch nog veel pijn te houden: zijn pijnscores variëren steeds van 7 tot 5 (na Vilan), terwijl hij aangeeft dat een score van 3 voor hem aanvaardbaar zou zijn. Om 2 uur 's nachts wordt de dienstdoende anesthesioloog gebeld.

Deze besluit tot continue infusie van morfine met behulp van een pompje. Dit pompje biedt bovendien de mogelijkheid voor de patiënt om zichzelf desgewenst elke tien minuten door

middel van een knop extra morfine toe te dienen. De verpleegkundige sluit het pompje aan en legt het gebruik van de knop voor extra pijnmedicatie uit.

Al na een uur blijkt dat de heer Peters goed weet om te gaan met zijn zelfmedicatie: hij heeft twee keer de knop gebruikt en geeft nu een pijnscore aan van 2. De rest van de nacht slaapt hij en wordt hij om 6 uur wakker gemaakt voor de paracetamol.

## **Ontspanningsoefeningen, afleidings- en geleide fantasietechnieken**

Van heel andere aard zijn verpleegkundige pijninterventies, die ingrijpen op de dimensies pijnbeleving en pijngedrag van de patiënt.

Als een patiënt zich bewust wordt van spanningsopbouw in de spieren die de pijn verergert, kan hij door ontspanningsoefeningen proberen die spanning te voorkomen of tegen te gaan. Afleidings- en geleide fantasietechnieken zorgen ervoor dat de patiënt zich psychisch beter voelt en de pijnbeleving vervangt door andere, meer aangename ervaringen. Het bieden van afleiding vergt van de verpleegkundige niet altijd de beheersing van speciale technieken, hoewel hieraan in verpleegkundige opleidingen meer aandacht zou moeten worden besteed (CBO, 1994).

### **Geleide fantasie**

Luisteren naar muziek of zelf muziek maken, lezen en gebruik van audiovisuele middelen (televisie, computerspellen) kan heel afleidend werken. Ook prettige conversatie, humor en lachen kunnen iemand afleiden van de pijn.

Verpleegkundigen, maar zeker ook bezoekers kunnen op deze manier de patiënt steun verlenen.

Bij geleide fantasietechnieken wordt, onder begeleiding van een verpleegkundige (maar het kan ook met behulp van een ingesproken cassettebandje), de patiënt gestimuleerd om zijn aandacht te richten op gebeurtenissen, activiteiten, mensen, plaatsen, kleuren, geuren of geluiden waar hij een plezierige associatie bij beleeft.

### **Bevorderen van rust en comfort**

Maatregelen die de rust en het comfort van de patiënt bevorderen hebben een gunstig effect op de pijnbeleving van patiënten. Ze zijn effectief om pijn te voorkomen (bij dreigende pijn) en om feitelijke pijn te bestrijden. Een paar voorbeelden:

Pijn kan erger worden door vermoeidheid en verstoorde slaap. Om dit te helpen voorkomen kan de verpleegkundige zorgen voor een goed bed en een goede lichaamshouding in bed.

Ook moet de verpleegkundige zorgen voor een rustige omgeving, hoewel dat in ziekenhuizen en verpleeghuizen soms moeilijk te verwezenlijken lijkt. Andere maatregelen om de nachtrust te bevorderen zijn bijvoorbeeld het geven van een glas warme melk, het geven van een ontspannende massage voor het slapengaan of het zorgen voor een voorschrift voor slaapmedicatie.

Het verplaatsen van een patiënt kan soms pijnlijk zijn. Het toepassen van goede tiltechnieken en samen met een collega tillen in plaats van alleen te gaan sjorren, kan pijn helpen



voorkomen, zowel bij de patiënt als bij de verpleegkundige!

Over het effect van de ruimtelijke omgeving op pijn is nog niet veel bekend. Het gebruik van kleuren op wanden en in de stoffering en meubilering van patiëntenvertrekken en de toepassing van kunst kunnen bijdragen tot een comfortabele, rustgevende omgeving. Als een patiënt lang in het ziekenhuis moet blijven, kan worden gestimuleerd dat de patiënt eigen wandversiering op een voor hem zichtbare plek (dus niet op dat prikbord achter het bed!) laat bevestigen.

Een initiatief dat navolging verdient is de selectie van kunst door patiënten van een verpleegafdeling in het St. Radboud Ziekenhuis in Nijmegen. Dankzij een gulle patiënt was de afdeling in staat een tiental ingelijste reproducties van kunstwerken aan te schaffen. Deze werken waren door een representatieve groep patiënten geselecteerd.

Bij opname werd aan de patiënten gevraagd een keuze te maken uit het aanbod; de reproducties werden gedurende hun verblijf in hun kamer opgehangen.

## Massage

Het masseren van pijnlijke lichaamsdelen gaat de waarneming van nociceptieve prikkels tegen. Iemand die zich stoot wrijft over de pijnlijke plek en daardoor neemt de pijn af. Het masseren van pijnlijke lichaamsdelen behoort tot de deskundigheid van de fysiotherapeut. Verpleegkundigen kunnen niet-pijnlijke lichaamsdelen masseren om zo de spierspanning te verminderen. Voet- en handmassage en massage van benen, stuit of rug met een goede massageolie kan pijnverlichtend werken en bovendien de doorbloeding van lichaamsdelen bevorderen.

Ook kan pijnverlichting worden bereikt door het masseren met een ijszak of koelelement. Dit is effectief bij pijnlijke zwellingen of ter voorbereiding op een pijnlijke punctie (lumbaal- of sternumpunctie), maar het is wel verstandig daarover tevoren met de arts te overleggen.

## Voorwaarden voor verdere ontdekking van het domein van verpleegkunde bij pijn

Het vaststellen, voorkomen en bestrijden van dreigende en feitelijke pijn behoorde al tot het domein van de verpleeg-unde voor het CBO hierover een consensusbijeenkomst organiseerde. Toch is het feit dat de verpleegkundige taken en interventies en dus de verantwoordelijkheden van verpleegkundigen bij pijn onderwerp van beroepsinhoudelijke discussie zijn geweest van wezenlijk belang.

Het bereiken van consensus over verpleegkunde bij pijn moet een startsein zijn voor verdere uitwerking en toepassing in de verpleegkundige beroepsuitoefening, verpleegkundig onderwijs en verplegingswetenschappelijk onderzoek.

Paul Vogelaar, verpleegkundige

Verpleegkundig Specialist Pijnteam Academisch Ziekenhuis Nijmegen; lid van de Voorbereidingswerkgroep 'Verpleegkunde bij pijn' van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).