

Pijntje of pijn, kijken, luistere, meten, handelen.

Auteur: Anonimus

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1994

Pagina: 46-49

Jaargang: 1

Nummer: 1

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: pijn pijnbehandeling pijnbestrijding

- Boonsta L.C., Teule J.A., Kastermans M., Dassen Th. Pijnbeoordeling bij kinderen Uit: Verpleegkunde 1992/1993 nr. 3 - Groenman N.H., Krijgsman, M.J. Pijn bij kinderen: een intriductie Uit: Tijdschrift Kindergeneeskunde 1993; 61 nr. 2 - Huyer Abu-Saad, H Hoe wordt pijn beoordeeld? Uit: Tijdschrift van Ziekenverpleging 1990 nr. 12 - Huyer Abu-Saad H. De ontwikkeling van een Nederlands multi-dimensionaal beoordelingsinstrument voor kinderen Uit:

Literatuur:

Verpleegkunde 1994/1995 nr. 1 - McCaffery M., Beebe A. Pain, clinical manual for nursing practice Uit: The C.V.Mosby Company St. Louis, 1989 - McConnan, L. Het meten van pijn bij kinderen Uit: Verpleegkundig perspectief 1992 nr. 6 Themanummer Kind en Ziekenhuis 1989 nr.3 Themanummer Kind en Ziekenhuis 1990 nr 2 en 3 Syllabus Verpleegkunde bij pijn, Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing

Pijn is per definitie een subjectief begrip. Een veelgebruikte definitie is daarom: pijn is wat de patiënt voelt. Vooral bij kinderen is pijn niet altijd gemakkelijk te meten. Het Academisch Ziekenhuis in Nijmegen heeft een methode ontwikkeld die het voor verpleegkundigen, ouders én kinderen zelf gemakkelijker maakt pijn in kaart te brengen.

Janneke is veertien maanden. Vorige week heeft zij tijdens het ontbijt een pot thee over zich heen getrokken. Met ernstige brandwonden aan armen en romp is zij direkt opgenomen op de chirurgische kinderafdeling. Haar moeder is bijna de hele dag bij haar -en helpt de verpleging zo goed mogelijk.

Net als de dagen daarvoor moet bij Janneke het verband verwisseld worden. Om de gazen los te weken, wordt ze eerst in bad gezet.

Als Marieke, de verantwoordelijk verpleegkundige, bij het bedje komt, voelt Janneke al wat er gaat gebeuren. Ze begint hard te huilen en weert Marieke af. Ze kruipt bij haar moeder weg en wil niet uitgekleed worden. Ze trapt en slaat om zich heen. Haar moeder probeert haar met woorden te kalmeren maar Janneke lijkt dit niet te horen.

Als Janneke uiteindelijk in bad zit wil ze maar één ding: er weer zo snel mogelijk uitklauteren en dat probeert ze dan ook. Ze gilt en schreeuwt uit alle macht. De verpleegkundige gooit een plastic eendje in het water om zo Janneke af te leiden, maar het wil niet baten.

Net als Marieke krijgt iedere kinderverpleegkundige onherroepelijk te maken met kinderen die pijn lijden. Verpleegkundigen houden zich immers bezig met de feitelijke en dreigende gevolgen van verstoringen in de gezondheid en de behandeling daar-van. Pijn kan een van die gevolgen zijn en hoort dus tot het aandachtsgebied van de verpleegkundige (CBO, 1994). Het is met name de kinderverpleegkundige die de pijn van een kind zal signaleren, beoordelen en rapporteren. Behalve het geven van medicijnen kan een verpleegkundige ook andere dingen doen die pijn kunnen voorkomen of laten ophouden. Aan de hand van ontwikkelingen binnen het Academisch Kindercentrum Nijmegen hopen wij andere kinderverpleegkundigen hulpmiddelen aan te reiken die hen kunnen helpen bij het verplegen van kinderen met pijn.

Kijken en interpreteren

De verzorging en behandeling van een kind vergt een zorgvuldige observatie en beoordeling van pijnsignalen.

Om een indruk te krijgen hoe een kind pijn beleeft en laat merken is het van belang om het kind en de ouders/verzorgers te vragen of het kind eerder pijn heeft gekend en hoe het daar toen uiting aan gaf. Vervolgens moet de pijn in kaart worden gebracht. Men doet dat door te kijken naar de verschillende dimensies van de pijn, de factoren die de pijn beïnvloeden en de gevolgen van de pijn voor het kind.

Een kind kan pijn op verschillende manieren uiten. Zo zal bijvoorbeeld een zuigeling met zijn beentjes trappelen als hij buikkrampen heeft. Een peuter kan zeggen dat hij naar zijn mamma wil als hij bedoelt dat hij zo'n buikpijn heeft.

Maar ook het omgekeerde komt voor: als een moeder vindt dat een kind van vier even buiten moet spelen, klaagt het kind over buikpijn omdat het daar geen zin in heeft. Moeder weet niet of Jan nu echt buikpijn heeft maar ze neemt het zekere voor het onzekere en geeft het kind zijn zin. Hoe kan ze erachter komen of haar kleuter inderdaad het woord 'pijn' gebruikt om binnen te mogen blijven? Een dergelijke situatie kan zich ook in het ziekenhuis voordoen en de verpleegkundige voor een dilemma plaatsen.

De pijn-observatielijst

Om verpleegkundigen te helpen bij het observeren van een kind met pijn zijn in het AZN pijnbeoordelingsinstrumenten ontwikkeld voor de verschillende leeftijdsgroepen.

Op die zogenaamde pijnobservatielijst staat vermeld op welke manieren een kind pijn kan uiten. Die signalen zijn onderverdeeld in lichamelijke, gedragsmatige, relationele en verbale signalen. (zie afbeelding 1). Bij de verzorging van het kind voert de verpleegkundige periodiek een pijnmeting uit. Hier-bij loopt hij/zij alle potentiële pijnsignalen na en noteert welke wel en welke niet aanwezig zijn. Nadat de verpleegkundige iets aan de pijn heeft gedaan, loopt hij/zij de lijst nog eens na om te zien of de interventie succes heeft gehad. Eventueel wordt de zorg voor het kind vervolgens aangepast.

Verpleegkundigen vinden vooral bij jonge kinderen deze pijnobservatielijst een waardevol hulpmiddel. Het blijkt dat de lijst hen stimuleert om naar alle mogelijke pijnsignalen van het kind te kijken. Ook de signalen waar men anders gemakkelijk overheen kijkt, komen op deze manier aan bod.

De pijn-intensiteitslijsten

Uitgangspunt bij het gebruik van pijn-intensiteitsschalen is dat het kind zelf aangeeft hoe ernstig zijn pijn is en hoe hij die pijn beleeft. Het spreekt voor zich dat alleen kinderen met een bepaald ontwikkelingsniveau dat kunnen. Bij een normaal ontwikkelingsniveau kan men vanaf een jaar of drie, vier het kind gaan stimuleren zelf de intensiteit van zijn pijn op een schaal aan te geven.

In het AZN zijn hiervoor twee pijn-intensiteitsschalen ontwikkeld en wel:

- een schaal voor kinderen jonger dan vier jaar;
- een schaal voor kinderen ouder dan vier jaar.

Er is gekozen voor een lijst, die voor zoveel mogelijk kinderen en voor zoveel mogelijk situaties kan worden gebruikt. De lijst voor kinderen jonger dan vier jaar is een combinatie van een aangepaste versie van de Cheopsschaal, die Boelen-van der Loo voor de Nederlandse situatie heeft vertaald, en de numerieke schaal.

Omdat de fysiologische aspecten van de pijn-observatielijst volgens verpleegkundigen zo duidelijk herkenbaar en beïnvloedbaar zijn, is een aantal daarvan ook op de pijn-intensiteitsschaal opgenomen. Ook uit de literatuur blijkt dat deze fysiologische items belangrijk zijn bij de beoordeling van pijn. Bij de Cheopsschaal zijn met name motorische en gedragsmatige aspecten opgenomen en zijn hieraan bepaalde waarden verbonden. Daaronder is een numerieke schaal afgedrukt, waarop de verzorger/ouder de pijn van het kind moet inschatten. De score van het bovenste gedeelte van de schaal zou voor een groot deel overeen moeten komen met de score van de verzorger in de numerieke schaal. Dit lijkt in de praktijk ook het geval te zijn.

Voor kinderen ouder dan vier jaar is een andere pijn-intensiteitlijst ontwikkeld. (zie afbeelding 2)

Deze lijst is een combinatie van de visuele gezichtjesschaal en de numerieke schaal. Deze keuze is gemaakt omdat de ervaring leert dat vooral schoolgaande kinderen erg cijfergericht denken en de jongere kinderen, waarvoor de waarde van cijfers moeilijker te begrijpen is, toch de gezichtjesschaal hebben.

Bovendien is op deze pijn-intensiteitslijst ruimte gereserveerd om ook de score van de ouder te noteren. Uit onderzoek van Boonsta e.a. blijkt namelijk dat de score van ouders vaak overeenkomt met die van het kind zelf. Artsen en niet-kinderverpleegkundigen blijken daarentegen bij het beoordelen van de pijn een duidelijk lagere score in te vullen dan het kind zelf.

Door ook een kolom voor de ouder te reserveren, is de lijst voor meer situaties te gebruiken (bijvoorbeeld ook meteen post-operatief). Op deze lijst heeft ieder cijfer, van welke schaal dan ook, dezelfde betekenis. De metingen van het kind en de ouder kunnen zo worden vergeleken.

In de praktijk blijkt dat zowel kinderen als ouders enthousiast zijn over de lijst. Ze hebben de indruk dat er beter wordt geluisterd als het kind aangeeft pijn te hebben.

Bij de dagelijkse patiëntenbespreking kunnen de verpleegkundigen met elkaar de zorg bespreken en evalueren en tijdens de dagelijkse visite wordt het pijnbeleid besproken. De verpleegkundige geeft de pijnobservaties door. Bekeken wordt bijvoorbeeld of de pijnmedicatie voldoende effect heeft. Als dat niet het geval kan men zich opnieuw bezinnen op het beleid.

PIJNVERLICHTENDE HANDELINGEN

Door zorgvuldig te observeren kunnen verpleegkundigen interventies plannen en uitvoeren. Deze interventies kunnen bedoeld zijn om pijn te voorkomen (preventie) of om aanwezige

pijn op te heffen of tenminste te verzachten. De belangrijkste interventies bij pijn zijn het geven van voorlichting aan het kind en ouders/verzorgers, het toedienen van door de arts voorgeschreven pijnmedicatie, het geven van steun en begeleiding, het toepassen van afleidings- en geleide fantasietechnieken, het bevorderen van comfort en rust, het toepassen van massage, het toedienen van koude of warmte en het rapporteren naar artsen en andere betrokken hulpverleners.

Alleen een pijnverlichtende handeling die is afgestemd op het niveau van het kind, heeft resultaat. Iedere leeftijdsfase heeft daarom een andere benadering nodig.

Het is van het grootste belang dat het effect van pijnbestrijding nauwkeurig wordt geëvalueerd en gerapporteerd. Afhankelijk van de interventies zal dit met regelmatige tussenpozen moeten gebeuren: tenminste driemaal per etmaal, maar soms elk uur of nog vaker. Het gebruik van pijnscore-lijsten kan daarbij nuttig zijn.

Goed voorbereiden

Veel pijn kan worden voorkomen als de angst ervoor wordt weggenomen door een goede voorlichting. Bij Janneke uit ons voorbeeld is dat niet mogelijk: ze is nog te klein. Misschien was het wèl mogelijk geweest ervoor te zorgen dat haar moeder door een goede voorlichting wat minder gespannen was geweest. Omdat een zuigeling niet kan praten en de woorden van een volwassene vaak niet begrijpt, zal de verpleegkundige

zijn /haar toevlucht moeten nemen tot lichaamstaal. Fysieke troost en nabijheid door ouders en verpleegkundige is belangrijk. Rooming-in biedt in zulke gevallen vaak uitkomst.

Een peuter of kleuter kan met behulp van spelmaterial op een pijnlijke ingreep worden voorbereid. Het kind kan zich veiliger voelen door een knuffel of door een geur van thuis.

Schoolgaande kinderen hebben behoefte aan een goede en eerlijke uitleg over wat er gaat gebeuren. De verpleegkundige kan hen het beste zoveel mogelijk laten zien en voordoen wat wat er gaat gebeuren. Moedig eigen ideeën aan en laat het kind, als het even kan, zelf kiezen.

Benoem het gedrag positief. Voorkom dat wie dan ook het kind in de houdgreep neemt.

Met kinderen vanaf elf jaar kunnen we ongeveer hetzelfde omgaan als met jongere schoolgaande kinderen. Goede en eerlijke uitleg en informatie is essentieel.

Verpleegkundige interventies om de pijn te verlichten

Naast een goede voorlichting en voorbereiding van het kind en zijn ouders en naast gedragsbeïnvloeding kunnen nog enkele verpleegkundige niet-medicamenteuze handelingen worden gebruikt om de pijn te verlichten.

- * afleiding door middel van (voor)lezen, muziek, spelletje;
- * massage van het niet-aangedane lichaamsdeel om een kind te helpen zich te ontspannen;
- * gebruik van koude of warmte;
- * ademhalingsoefeningen die ontspannen en afleiden van de pijn;
- * in overleg met de arts pijnmedicatie geven vóór een pijnlijke behandeling. Bij Janneke zou het verwisselen van het verband een stuk beter zijn gegaan als ze een half uurtje tevoren pijnmedicatie had gekregen.
- * het aandragen van alternatieven voor een behandeling. Is er voor Janneke geen verband beschikbaar dat gemakkelijker te verwijderen is?

SPECIALE PROJECTGROEP (KADER)

Zoals in veel ziekenhuizen functioneert ook in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen een multidisciplinaire pijnwerkgroep. Naast deze pijnwerkgroep werd ook een projectgroep in het leven geroepen die zich primair richtte op het verpleegkundig handelen van kinderen met pijn. Doel van het project was de kwaliteit van de verpleegkundige zorg van kinderen met pijn positief te beïnvloeden. Gezien de doelstelling van de projectgroep is het natuurlijk begrijpelijk dat de projectgroep hoofdzakelijk uit verpleegkundigen bestond. Uitgangspunt bij het project was dat alle stappen van het verpleegkundig proces onder de loupe zouden worden genomen.

Uit een enquête onder verpleegkundigen kwam naar voren dat zij het moeilijk vonden om kinderen met pijn te observeren, objectief de intensiteit van de pijn vast te stellen en dat zij niet wisten welke niet-medicamenteuze pijnverlichtende handelingen zij konden uitvoeren.

Aan de hand van deze enquête is voor de verpleegkundigen een bijscholingsprogramma opgezet. Naast algemene informatie over pijn, pijnbeleving, pijngedrag en de psychologische aspecten van pijn, werden ook pijnverlichtende handelingen belicht.

Tijdens het project is daarna een aantal instrumenten ontwikkeld en geïmplementeerd om op adequate wijze de pijn van kinderen te beoordelen. Niet alleen pijn-intensiteitslijsten zijn ingevoerd, maar ook is een toetsinstrument ontwikkeld om twee keer per jaar de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te beoordelen.

BELEVING VAN PIJN BIJ GROOT EN KLEIN(kader)

Pijn is een multi-dimensionaal en complex verschijnsel. Bij kinderen speelt bij het beleven en het uiten van pijn het ontwikkelingsniveau een grote rol.

-De ontwikkelingspsychologie onderscheidt een viertal ontwikkelings-niveaus:

- de zuigeling (0 - 18 maanden);
- de peuter/kleuter (2 - 6 jaar);
- het schoolgaande kind (7 - 11 jaar);
- kinderen ouder dan 11 jaar, waaronder de puber.

Dit is een globale indeling en het is belangrijk erop bedacht te zijn dat niet ieder kind in een bepaalde leeftijdscategorie reageert zoals hier staat beschreven. Het is essentieel om deze stadia te onderkennen. Het geeft de kinderverpleegkundige de mogelijkheid om gedragingen te observeren, te beoordelen en daarna op het niveau van het kind actie te ondernemen. Een verpleegkundige die op deze manier te werk gaat, kan succesvoller ingrijpen.

De zuigeling

De pasgeborene (0-6 maanden) reageert met zijn gehele wezen en beweegt zich reflexmatig. Als hij pijn heeft, voelt hij zich totaal ontredderd en hulpeloos. Daarnaast leert een kind van die leeftijd associatief te handelen (denk hierbij aan de zuigeling die regelmatig een hielprik krijgt. Na enkele malen zal hij al gaan huilen als zijn hiel wordt schoongemaakt met alcohol). In zijn algemeenheid kan men zeggen dat een zuigeling die pijn wordt gedaan, dat ervaart als een totale overval.

Vaak remt veel pijn de vitaliteit van het kind en veroorzaakt juist apathie.

Een zuigeling in de leeftijd van 6 maanden tot 18 maanden kan al wel anticiperen op een

stimulus maar iets begrijpen kan het nog niet. Het gevoel van 'ik' is lichamelijk.

Peuter/kleuter.

Het ik-besef wordt groter en het kind wordt egocentrischer. Het kan zich nog niet verplaatsen in iets anders en het denken is nog sterk magisch, Een kind van die leeftijd stoot zich bijvoorbeeld niet aan de tafel, maar de tafel stoot hem en is dus stout. Langzaam aan kan de gedachte ontstaan: 'Ik ben stout en daarom stoot ik me aan de tafel'. Pijn wordt door peuters en kleuters vaak gezien als een straf.

Het kind is nog niet in staat om nuance-ringen in de mate van pijn (erge pijn, beetje pijn) of duur van de pijn ('het duurt maar even') te begrijpen, laat staan aan te geven.

De peuter is al wel in staat pijn te verbinden met een gebeurtenis of een voorwerp. Als een bepaalde gebeurtenis of voorwerp eenmaal gekoppeld is aan pijn, dan zal herhaling van de gebeurtenis of hernieuwde confrontatie met het voorwerp leiden tot afweer- en vermijdingsgedrag. Helpt dit niet, dan reageert de peuter ontredderd, boos of verdrietig. Beleving en gedrag zijn bij de peuter direct gekoppeld aan aangename en onaangename sensaties.

Bij kleuters beïnvloeden afzonderlijke interne en externe factoren de pijnbeleving en het pijngedrag. In de magische kleuterwereld kunnen pijnbeleving en pijngedrag sterk worden beïnvloed door zowel fantasie als realiteit. Kinderangsten spelen hierbij een grote rol. Het begripsvermogen van kleuters maakt uitleg over pijn en pijnbestrijding mogelijk, waarbij de ouders een belangrijke functie hebben.

Het schoolgaande kind

Deze kinderen begrijpen steeds meer van hun ziekte en denken na over hun toekomst. Ze gaan geleidelijk oorzaak en gevolg onderscheiden en nuanceren. Zij gaan bijvoorbeeld inzien dat een (pijnlijke) behandeling hen uiteindelijk kan genezen. Ook kunnen zij daardoor steeds beter leren omgaan met pijnlijke situaties.

Het lichaamsbesef neemt toe, maar ook gevoelens van schaamte en schuld. Deze ontwikkelingen bepalen in grote mate de beleving van pijn en het pijngedrag. Schaamte en schuldgevoel kunnen het kind weerhouden de pijn tot uiting te brengen. Het is ook de leeftijd waarop ze zich gaan vergelijken met anderen en stoer/groot gaan doen. Ze proberen hun angst te verbergen, verdringingsmechanismen gaan een rol spelen.

11-jarigen en ouder

De kennis neemt steeds meer toe maar de kinderen trekken nog vaak verkeerde conclusies. Ze krijgen hun gedrag beter onder controle en zijn over het algemeen eerder binnenvetters dan praters. De angst voor lichamelijke beschadiging is groot. Ze willen graag zelf de controle behouden en imiteren leeftijdsgenoten en zullen niet met hun pijn te koop lopen.

Met dank aan:

Goverde, W.H., hoofdverpleegkundige polikliniek kindergeneeskunde Kindercentrum, Academisch Ziekenhuis Nijmegen

Pacilly, A.M., verpleegkundig specialist kinderen

Kindercentrum, Academisch Ziekenhuis Nijmegen

Vogelaar, P.J.W., verpleegkundig specialist voor patiënten met pijn, Pijncentrum, Academisch Ziekenhuis Nijmegen