

Pijnbehandeling: Houd uw kennis bij!

Auteur: P. Vogelaar

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1995

Pagina: 18-19

Jaargang: 2

Nummer: 8

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: pijn pijnbestrijding pijnbehandeling

Literatuur: (1) Vereniging van Integrale Kankercentra (VIK). ... Utrecht: VIK, 1994. (2) Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Consensus Verpleegkunde bij Pijn. Utrecht: CBO, 1995. (3) Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Syllabus bij de consensusbijeenkomst Verpleegkunde bij Pijn, 7 juni 1994. Utrecht: CBO, 1994.

Of u nu in een ziekenhuis, in de thuiszorg of in een verpleeghuis werkt, u zult op de hoogte moeten blijven van ontwikkelingen op het gebied van de pijnbehandeling.

Verpleegkundige deskundigheid bij pijnbestrijding is om twee redenen belangrijk. Ten eerste krijgen verpleegkundigen in hun werk te maken met nieuwe ontwikkelingen en die moeten ze ook kunnen gebruiken. Zo wordt de continue spinale toediening van pijnmedicatie (1) steeds vaker toegepast, niet alleen bij terminale kankerpatiënten maar ook bij patiënten met moeilijk behandelbare chronische pijn.

Ten tweede krijgt de verpleegkundige steeds meer taken en verantwoordelijkheden bij pijnbestrijding. Zij heeft als taak de pijn op een systematische manier in kaart te brengen en te rapporteren. Er bestaan verschillende instrumenten ter beoordeling van pijn, zoals de verpleegkundige pijnanamnese, pijnintensiteitsschalen en het pijndagboek. Verpleegkundigen moeten hun patiënten leren omgaan met deze instrumenten die zijn bedoeld om onvoldoende pijnstilling tijdig te signaleren.

Daarnaast moeten verpleegkundigen de patiënten voorlichten over de mogelijke risico's van te veel pijn en over het belang van een goede pijnbestrijding. Zo kunnen ze vooroordelen over de bijwerkingen van analgetica door goede voorlichting wegnemen.

Bij de verpleegkundige beroepsgroep groeit het besef dat verpleegkundige interventies, zoals ontspannings- en ademhalingstechnieken, bijdragen tot een betere pijnstilling. Het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) organiseerde in 1994 de consensusbijeenkomst 'Verpleegkunde bij pijn'. In het verslag (2) van deze bijeenkomst en de bijbehorende syllabus (3) zijn de verpleegkundige taken, verantwoordelijkheden en interventies bij dreigende en feitelijke pijn op een rij gezet.

Pijnintensiteitsschaal

Verpleegkundigen kunnen bij het beoordelen van pijn gebruik maken van een pijnintensiteitsschaal. Met behulp van een Numerieke Analoge Pijnschaal (NRS) wordt de subjectieve pijnervaring van de patiënt vertaald in een cijfer. De patiënt wordt gevraagd een cijfer te geven aan zijn of haar pijn, waarbij 0 = geen pijn en 10 = ergste pijn. Door de pijn regelmatig te scoren krijgt de verpleegkundige een overzicht over het beloop van de pijn. Zij kan de cijfers in verband brengen met bijvoorbeeld de activiteiten van de patiënt of het gebruik van pijnmedicatie. Op deze manier ontstaat een beter inzicht in de relatie pijnbewegen en het effect van de pijnbestrijding.

Een vergelijkbare manier om de pijn te vertalen in objectieve waarden is het gebruik van de Visuele Analoge Pijnschaal (VAS). Op een lijn van 10 cm. plaatst de patiënt een kruisje dat overeenkomt met de ernst van de pijn. Meer naar links betekent minder pijn, meer naar rechts meer pijn.

Voor kinderen is de lijn vervangen door vijf gezichtjes van Jantje huult tot Jantje lacht. Het kind kan het gezichtje aanwijzen dat het beste past bij zijn pijn. Elk gezichtje heeft een cijfer (0 t/m 4) om de verpleegkundige rapportage eenvoudiger te maken.

Welke pijnintensiteitschaal (numerieke pijnschaal, visuele pijnschaal of gezichjesschaal) wordt gebruikt hangt af van de mogelijkheden van de patiënt. Bedenk dat de pijnintensiteitsschaal niet meer dan een hulpmiddel is. Andere relevante gegevens over de pijn, zoals de plaats van de pijn, moet de verpleegkundige navragen. Het is van belang dat per patiënt één pijnintensiteitsschaal wordt gebruikt, zodat de gegevens met elkaar kunnen worden vergeleken. Pijncijfers van de ene patiënt mogen niet met die van een andere patiënt worden vergeleken: pijn is een emotionele ervaring die alleen door de individuele patiënt kan worden beoordeeld.

Hoe vaak meten?

De frequentie van het gebruik van de pijnintensiteitsschaal hangt af van de omstandigheden. Bij postoperatieve pijn kan het zinvol zijn om bij elke postoperatieve controle ook een pijnscore te vragen en deze op de daglijst te noteren. Bij chronische pijn of pijn bij kanker is het noteren van de pijnscore eenmaal per vier uur (tweemaal per dienst van de verpleegkundige) een goed uitgangspunt, maar soms is het nodig om dit vaker te doen.

Bijvoorbeeld: een patiënt met pijn als het gevolg van kanker heeft weinig pijn tijdens liggen en beoordeelt zijn pijn dan met een 2. Bij het verzorgen en draaien neemt de pijn echter toe en op die momenten geeft de patiënt een 8. De verpleegkundige bespreekt met de arts de mogelijkheid van pijnmedicatie voor de verzorging.

Reële mogelijkheden

Bij gebruik van een pijnintensiteitsschaal moet de verpleegkundige de patiënt en diens familie goed voorlichten.

Het is belangrijk dat de patiënt begrijpt dat pijn niet altijd kan worden voorkomen. Goede pijnbestrijding betekent dat de patiënt niet het gevoel krijgt overmatig te lijden. Goede pijnbestrijding betekent ook dat de patiënt goed kan slapen, eten en de gewenste of noodzakelijke lichaamsbewegingen (zoals diep ademen en ophoesten na een operatie) kan uitvoeren.

Onthoud de volgende aandachtspunten:

1. Informeer de patiënt over het doel van de pijnintensiteitsschaal. Leg uit dat deze het mogelijk maakt om op snelle manier de ernst van de pijnklacht aan de verpleegkundige of de arts duidelijk te maken. Benadruk dat het belangrijk is dat hij of zij de verpleegkundige waarschuwt bij toename van pijn. Een ander kan dat immers niet altijd zien.
2. Informeer de patiënt over het gebruik van de pijnintensiteitsschaal die wordt gekozen. Wees er zeker van dat hij de cijfers of symbolen begrijpt en kan zien. Als een numerieke schaal wordt gebruikt, laat de patiënt dan hardop tellen. Kies bij twijfel voor een andere schaal, bijvoorbeeld de gezichtjesschaal. Zorg ervoor dat andere verpleegkundigen dezelfde schaal gebruiken.
3. Bespreek met de patiënt het begrip 'pijn'. Leg uit dat pijn een onplezierig gevoel is dat ergens in of op het lichaam is gelokaliseerd. Laat de patiënt zeggen hoe erg zijn of haar pijn op dat moment is. Bespreek dat er verschillende soorten pijn bestaan en laat de patiënt vertellen hoe de pijn voelt: bijvoorbeeld stekend, zeurend, kloppend, brandend of jeukend. Noteer dit in de rapportage en signaleer eventuele veranderingen in de beschrijving die de patiënt aan de pijn geeft.
4. Laat de patiënt oefenen met de gekozen pijnintensiteitsschaal. Vraag de patiënt om de ernst van een eerdere pijnlijke ervaring (zoals de pijn bij een injectie) met het gekozen instrument te scoren.
5. Bespreek met de patiënt welke pijn aanvaardbaar is. Deze informatie maakt het mogelijk samen met de patiënt een haalbaar verpleegdoel te formuleren.

Margo McCaffery, RN, MS, FAAN. Pain Management Consultant, Los Angeles, California, USA.

Bewerking: Paul Vogelaar, Verpleegkundig Specialist Pijnteam Academisch Ziekenhuis Nijmegen.

Met dank aan: dr. B.J.P. Crul, anesthesioloog, Coördinator Pijnteam Academisch Ziekenhuis Nijmegen.

(Raadpleeg voor meer informatie over verpleegkunde bij pijn het oktobernummer van Nursing94.)