

# WONDZORG EN PIJN: DEEL 1

A.M. Menten\*

Pijn bij brandwonden en decubitus is een complexe pijn en vormt een groot probleem voor de patiënt. Iedere hulpverlener moet zich realiseren dat elke patiënt zijn eigen pijngeschiedenis heeft. Het is bijgevolg zeer belangrijk regelmatig te evalueren:

- hoe de patiënt omgaat met de dagelijkse terugkerende wondverzorgingen,
- hoe intens hij/zij pijn ervaart al dan niet met deze verzorging,
- of de ingestelde pijnbehandeling wel aangepast is.

De verpleegkundige vervult een zeer belangrijke rol in de preventie, diagnose en pijnbehandeling van de patiënt. De verpleegkundige is 24 uur bij de patiënt. Zij is het best geplaatst om een 24 uren observatie van de patiënt te verzekeren.

Bij het opstellen van een behandelingsplan is de geneesheer afhankelijk van de observatie van de verpleegkundige.

Patiënten zullen ook vaker en gemakkelijker iets zeggen tegen de verpleegkundige dan tegen de arts. De drempel naar verpleegkundigen is voor de patiënt vaak veel lager dan de drempel naar de arts.

De verpleegkundige is een belangrijke schakel tussen arts en patiënt, tussen arts en familie, tussen patiënt en andere hulpverleners.

Dit vereist dat de verpleegkundige de beroepsfierheid opbrengt om de pijnbelevens van de patiënt zonder lichtvaardigheid noch vooroordeel te interpreteren en om te zetten in aangepaste handelingen en begeleiding. We zijn dit aan de patiënt verplicht om evidente redenen van kwaliteit der zorgen en van humanitaire aard.

## INLEIDING.

"Eén uur pijn duurt even lang als een dag genot".

Niemand kan beweren nooit pijn te hebben gehad. Pijn is waarschijnlijk de meest voorkomende klacht waarmee men als gezondheidswerker wordt geconfronteerd.

Toch maakt pijn voorlopig nog geen deel uit van het lessenpakket in de artsen- en verpleegkundige opleiding. De medische faculteit heeft zich nog niet met dit onderwerp ingelaten, tenzij heel oppervlakkig.

Het begrip pijn en de behandeling ervan werden nochtans reeds vroeg ontdekt. Dit wordt geïllustreerd door de reeds eeuwenoude kennis van opium als pijnstillers. Helaas lijkt het alsof de pijnstilling zich daarna amper nog ontwikkeld heeft. Het raffineren van opium tot morfine en de synthese van nieuwere en krachtigere morfinomimetica hebben niet geleid tot analoge evolutie binnen de pijnbestrijdingdiensten. De basis van onze hedendaagse acute pijnbestrijding is nog steeds de intramusculaire toediening van opiaten. Van enige titratie naar de poden van de indivi-

duële patiënt is echter weinig of geen sprake. Nochtans lijkt verandering op til te zijn. Gedurende de laatste jaren is er vanuit de medische en verpleegkundige hoek interesse gegroeid naar een betere, meer gediversifieerde en vooral geïndividualiseerde pijnverdooving.

Pijn wordt thans niet meer beschouwd als een onvermijdelijk kwaad. De ervaring van verschillende jaren heeft aangetoond dat een doeltreffende analgesie niet enkel het welzijn en comfort van de patiënt - sneller herstel van de normale fysiologische functies - maar ook de prognose van de ziekte gunstig beïnvloedt.

Pijn is een verpleegprobleem dat zich bij uitstek leent om systematisch volgens het verpleegkundig proces aan te pakken. Toch gebeurt dit nog veel te weinig met als gevolg dat patiënten onnodig pijn lijden. Het verpleegkundig team staat dicht bij de patiënt en zijn klachten en komt dus vaak in aanraking met de pijnwaarneming van de patiënt.

Pijn herkennen, de mechanismen ervan begrijpen, het belang van de

klachten evalueren en weten hoe deel te nemen aan de behandeling ervan zijn objectieven die de verpleegkundigen moeten nastreven.

**"Acute pijn heeft een biologische functie. Doch in haar chronische pathologische vorm heeft pijn geenszins meer deze biologische functie. Pijn wordt integendeel een gesel voor de patiënt, zijn familie en de maatschappij omdat ze zware emotionele, fysieke, economische en sociologische stress veroorzaakt.**

**Gelukkig is er thans belangrijke interesse ontstaan in de wetenschappelijke en klinische middens om samen te werken in de studie van de fundamentele mechanismen van acute en chronische pijnen, hun fysische gevolgen en gedragsaanpassingen, essentiële condities nodig voor de correcte diagnose en behandeling van dergelijke problemen."**

**Professor John J. Bonica  
(1917-1994)**

Daarom is het zeer belangrijk dat verpleegkundigen opleidingen krijgen over concepten van pijn, technieken van pijnbehandeling en de bestaande therapeutische protocols. Een effectief pijnbeleid steunt in de eerste plaats op betrouwbare en herhaalbare controles van de pijnscore. Met een goede observatie van de pijn is het mogelijk om de behandeling snel en efficiënt aan te passen aan de pijnervaringen van de patiënt.

## 1. ALGEMENE BEGRIPPEN OVER PIJN.

"Iedere cultuur heeft zijn eigen manier van lijden"

### 1. 1. DEFINITIE.

Iedereen weet wat pijn is, maar een omschrijving geven ligt moeilijker. De "International Association for the Study of Pain" (IASP), stelt voor om pijn te omschrijven als "een onaangename sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met een aanwezigheid of potentiële weefselbeschadiging of beschreven wordt in termen van dergelijke schade". Het belang van deze definitie is dat de notie pijn niet beperkt wordt tot enkel wondoorzaken. Wanneer een klacht uitgedrukt wordt in termen van fysieke stoornis, zelfs wanneer deze niet kan aangetoond worden, gaat het desondanks om echte pijn.

"Pijn is datgene wat de patiënt zegt dat het is. Pijn bestaat telkens als hij zegt dat het bestaat" (Mc Gaffery, 1979). Dit wil zeggen dat we toch de klacht van de patiënt ernstig moeten nemen om zo zijn vertrouwen niet te verliezen, ook al zijn we bewust dat er ingebeeld of gesimuleerde pijnen kunnen zijn.

### 1. 2. SOORTEN PIJN.

Acute pijn wordt veroorzaakt door weefselbeschadiging, gekenmerkt door een duidelijke relatie tussen schadelijke prikkel en de pijngewaarwording. Acute pijn reageert vrijwel altijd goed op somatische behandelingen. Postoperatieve pijn is een vorm van acute pijn en wordt veroorzaakt door weefselbeschadiging als gevolg van de operatieve ingreep.

Acute pijn heeft een signaalfunctie.

Chronische pijn is pijn die langer aanhoudt dan zes maanden of pijn die langer bestaat dan de verwachte hersteltijd van de oorspronkelijke weefselbeschadiging. De kenmerken verschillen nogal met die van acute pijn. Misschien is er wel een weefselbeschadiging, maar het letsel is niet duidelijk te zien. De klachten verdwijnen ook niet als het letsel genezen is. Nu heeft pijn ook niet meer die signaalfunctie. Er zijn psychologische en sociale factoren die hier een ingewikkelde rol kunnen gaan spelen. We noemen dit een chronisch pijnsyndroom.

In de chronische pijnsyndromen onderscheidt men tevens twee soorten: de chronische pijn die verbonden is met kwaadaardige evolutieve pathologie (v.b. kanker) en de niet-kwaadaardige chronische pijn, die ook vaak ongepast "goedaardig" wordt genoemd en die verbonden is met een traag evoluerende pathologie (v.b. lumbalgie ten gevolge van artrose degeneratie).

pijn prikkel bepaald maar ook mede door psychische, sociale, somatische en spirituele aspecten.

### 1. 4. PIJNMECHANISMEN.

"Zoals het merendeel van de menselijke gedragingen is de perceptie van pijn niet vooraf bepaald. Men moet van kind tot volwassene alles leren, zelfs het meest vitale: ..Pijn."

Om een beter inzicht te hebben in de nieuwere pijnbehandelingen volgt nu een korte samenvatting van de pijnfysiologie. De relatie tussen letsel en pijnintensiteit is zeer variabel. Een letsel kan optreden zonder pijn en pijn kan optreden zonder letsel (allodynie : pijn ten gevolge van een prikkel die normaal niet pijnlijk is). Het is belangrijk de individuele variabiliteit in pijnantwoord te herkennen waarbij psychologische en culturele factoren heel dikwijls een doorslaggevende rol hebben. Deze variabiliteit kan ook het gevolg zijn van individuele spiegels van endogene opioïden zowel als in het receptor antwoord. Om deze redenen is het

	ACUTE PIJN	CHRONISCHE PIJN
	Symptoom	Syndroom
Biologisch doel	Nuttig, beschermend	Zinloos, destructief
Oorzakelijk mechanisme	Unifactorieel	Multifactorieel
Gedrag	Reactioneel	Gewenning, onderhoud
Affectieve component	Angst	Depressie
Therapeutische doelstelling	Curatief	Heraanpassing: pijnhandicap beter controleren

Fig. 1: Acute pijn versus chronische pijn.

### 1. 3. TOTALE PIJN.

Wanneer wij als verpleegkundigen dagelijks omgaan met patiënten met pijn, gaat onze zorg veel verder dan het louter toedienen van een spuitje. Meer en meer worden we geconfronteerd met een patiënt die "totale pijn" vertoont en aldus om "totale zorg" vraagt.

Pijn is een complex symptoom en wordt niet enkel door een fysieke

noodzakelijk dat elke behandeling van pijn gebeurt op een individuele basis, op geleide van de patiënt. Algemene behandelingsregimes spelen meestal tekort.

In de pijnperceptie of pijngewaarwording kan men vier opeenvolgende fasen onderscheiden:

➤ De transductie of overbrenging van het pijnverwekkende signaal

Waarneming,  
lokalisatie en  
interpretatie

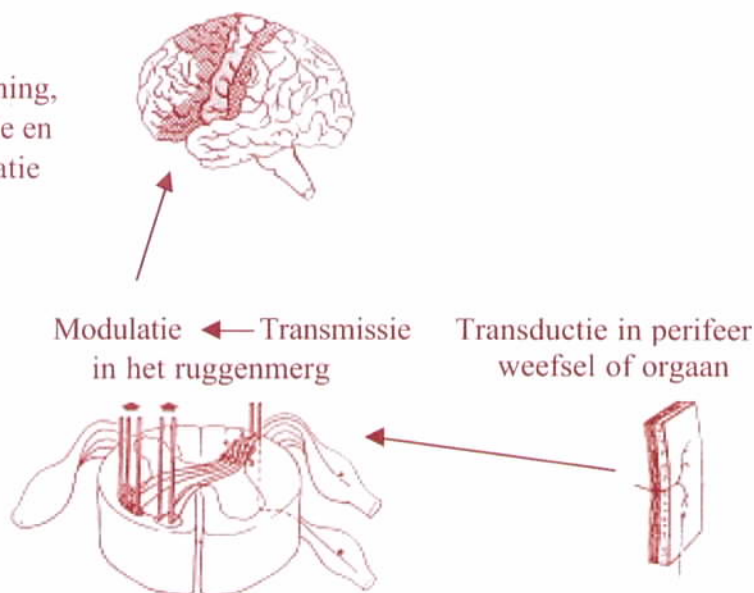


Fig. 2. De waarneming van pijn

ter hoogte van het letsel.

- De transmissie of de overbrenging van dit signaal naar de achterhoorn van het ruggenmerg.
- De modulatie of vorming en conditionering van het pijnsignaal ter hoogte van het ruggenmerg.
- De perceptie of gewaarwording van het pijnsignaal in de hersenen met lokalisatie van de pijnoprsprong. Dit is een waakreactie en motorische respons op het pijnsignaal.

De pijnprikkels worden waargenomen in de periferie door zenuwuiteinden en nociceptoren (dit zijn waarnemers van schadelijke, uitwendige invloeden zoals chemische, thermische of mechanische stimulaties). Deze prikkeling gaat zich verspreiden over de ganze zenuwvezel tot de achterhoorn van het ruggenmerg. Na conditionering, zowel versterkend als remmend, wordt het pijnimpuls via de opstijgende spinale banen doorgeseind naar de diepere hersenstructuren met projectie op sommige delen van de hersencortex.

### 1. 5. OORZAKEN VAN ONVOLDOENDE PIJNBEHANDELING.

Er is maar één soort pijn die te dragen is: die van een ander.  
Prof. René Leriche, Chirurgie de la Douleur, 1940.

Met de beschikbaarheid van een steeds groter wordend scala aan

effectieve analgetica en hulpmiddelen zou het vanzelfsprekend moeten zijn dat pijn adequaat behandeld en persisterende pijn voorkomen wordt. Het mislukken van een adequate pijnbestrijding is moreel en ethisch niet aanvaardbaar.

Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen in onvoldoende mate op de hoogte zijn van pijn, en de ernst ervan soms anders inschatten dan de patiënt zelf (Teske, Daut en Cleeland, 1993). Zo wees onderzoek uit dat 80 % van de patiënten matige tot ernstige pijn ervaren (Baert, 1999). Daartegenover stond dan de mening van de verpleegkundigen dat ruim 67 % van de patiënten een draaglijke pijn hadden. Ook Schuurmans (1994) concludeerde in zijn onderzoek dat de herkenning van pijn kan verbeteren: non-verbale signalen (pijngedrag) worden niet altijd herkend als uitingen van pijn, en men informeert niet routinematig naar pijn (actieve observatie). Verpleegkundigen wachten vaak tot de patiënt zelf pijn aangeeft, terwijl de patiënten wachten tot de verpleegkundige of de arts ernaar vragen. Verder blijkt dat de patiënten niet over hun pijn willen klagen om niet als "lastig" over te komen bij het behandelingsteam.

Hiaten in de pijnbeoordeling vormen niet de enige reden waarom pijn onvoldoende bestreden wordt. Verschillende problemen leiden tot

onvoldoende pijnbehandeling:

- Een eerste oorzaak ligt bij een inadequaat medisch voorschrift, waarbij te lage dosering medicatie, te lange intervals tussen toediening van medicaties of minder krachtige analgetica worden voorgeschreven.
- Erger nog is de situatie waar men analgetica "wanneer nodig" voorschrijft. Dit duidt op een gebrekkige kennis van de werking en kinetica van de analgetica en op minimalisering van de individuele noden van de patiënt.
- Er is de onbereidheid tot periodieke evaluatie van de pijnbelevens van de patiënt.
- Ook verpleegkundige factoren kunnen bijdragen tot onvoldoende behandeling van pijn. Narcotica worden dikwijls geassocieerd met neveneffecten zoals ademhalingsdepressie en verslaafdheid. Nochtans zijn deze risico's onbeduidend bij titreren naar de individuele nood.
- Verder speelt de moeilijke communicatie met de patiënt een niet onbelangrijke rol; niet alle patiënten zijn even vaardig in het uitdrukken van hun pijnbelevens. Leeftijd, intelligentie en taal spelen zeker een rol.
- Bovendien ervaren patiënten van een ander etnische afkomst hun pijn volgens hun culturele achtergrond.

### 1. 6. PIJNBEHANDELINGSMETHODEN.

"Pijnverlichting op maat"

#### 1. 6. 1. Medicamenteuze.

De huidige behandeling van pijn omvatten (fig 3):

- De onderbreking van het pijnmechanisme in het perifeer weefsel door middel van paracetamol, niet steroïdale anti-inflammatoire (NSAID's) medicaties en corticoiden (4).
- De onderbreking van de pijngeleiding (transmissie) naar het ruggenmerg door inwerking op zenuwbanen met lokale anesthetica (Marcaine, Naropin) (2,3).
- De onderbreking van de pijnprikkels ter hoogte van de achterhoorn van het ruggenmerg door toedie-

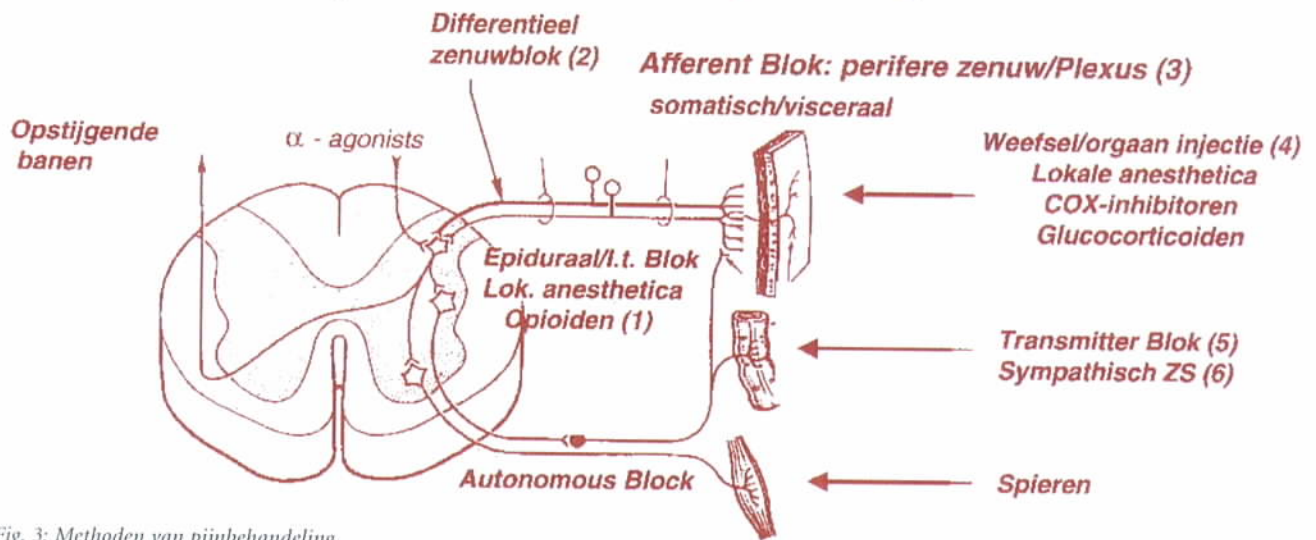
**Systemische  
Opioiden****Methoden van  
Pijntherapie**

Fig. 3: Methoden van pijnbehandeling

ning van opioïden (Sufentanil, Fentanyl, Morfine) langs epidurale of intra-thecale weg (1).

- De onderdrukking van de pijnperceptie ter hoogte van de hersenen door middel van opioïden (Dipidolor, Contramal, morfine) toegediend via intramusculaire (IM), intraveneuze (IV) of subcutane (SC) weg.

De klassieke behandelingsmethoden (IM,SC) hebben als nadeel discontinue behandelingen te vormen, frequent onderhevig aan problemen van lokale resorptie van het medicament, waarbij men mag verwachten dat de analgesie zal onderbroken worden door periodes van hevige pijn tijdens de intervallen tussen de toediening van de medicaties. Dit kan verholpen worden door het gebruik van een continu intraveneus infuus. Dergelijk infuus moet getitreerd worden naar de individuele gevoeligheid van de patiënt voor het gebruikte analgeticum, wat dus frequente observatie van de patiënt vereist.

Recente technieken omvatten de patiënt-gecontroleerde technieken (PCA) waarbij de patiënt zichzelf doseert met analgeticum tot hij zich comfortabel voelt (meestal niet pijnvrij!), of loco-regionale analgesietechnieken (bv een continu infuus

epiduraal al dan niet patiënt-gecontroleerd). Er bestaan ook transdermale methoden waarbij het analgeticum via kleefpleisters door de huid diffuseert en opgenomen wordt in het bloed.

**1. 6. 2. De analgetische ladder.**

De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 1986 een "pijn-schaal" opgesteld voor een adequaat en rationeel gebruik van analgetica in de oncologie. Daarna hebben de experts die zich hebben gebogen over de pijnbehandeling, de schaal van de WGO toegepast op de behandeling van elke chemische pijn, zowel kankerpijn als niet-kankerpijn. Deze schaal wordt momenteel erkend in meer dan 26 landen in de hele wereld. De aanbevelingen van de WGO pleiten voor het gebruik van specifieke geneesmiddelen in adequate doses en op regelmatige tijdstippen en kaderen in therapeutische logica die berust op drie principes:

- Evaluatie van het "pijn-symptoom" door aandachtig naar de patiënt te luisteren;
- Een therapeutisch doel vooropstellen door een realistische kijk op de situatie, waarbij men niet dadelijk het hele chronische pijnbeeld mag willen corrigeren;
- Een beleid van pijnverlichting volgen met toepassing van een thera-

peutische logica waarbij gebruik wordt gemaakt van een beperkt aantal analgetica, gerangschikt volgens drie opeenvolgende niveaus.

**Eerste niveau:** "Behandeling van lichte tot matige pijn". Deze pijn wordt behandeld met niet-opioïde analgetica. Paracetamol wordt aanbevolen als eerstelijns analgeticum: paracetamol wordt erkend als een efficiënt analgeticum dat in vergelijking met de andere analgetica van het eerste niveau weinig bijwerkingen veroorzaakt.

**Tweede niveau:** "Behandeling van matige tot hevige pijn". Deze pijn wordt behandeld met zwakke opiaten in combinatie met een niet-opioïd analgeticum van het eerste niveau. De combinatie van twee analgetica waarvan de werkingsmechanismen elkaar aanvullen, is immers efficiënter dan dezelfde analgetica afzonderlijk te gebruiken.

**Derde niveau:** "Behandeling van hevige tot zeer hevige pijn". Deze pijn wordt behandeld met krachtige opioïden. De koploper van deze groep is morfine. Krachtige opiaten alleen of in combinatie met niet-opioïde analgetica van niveau 1 zijn aangewezen als alle andere behandelingen ontoereikend zijn.

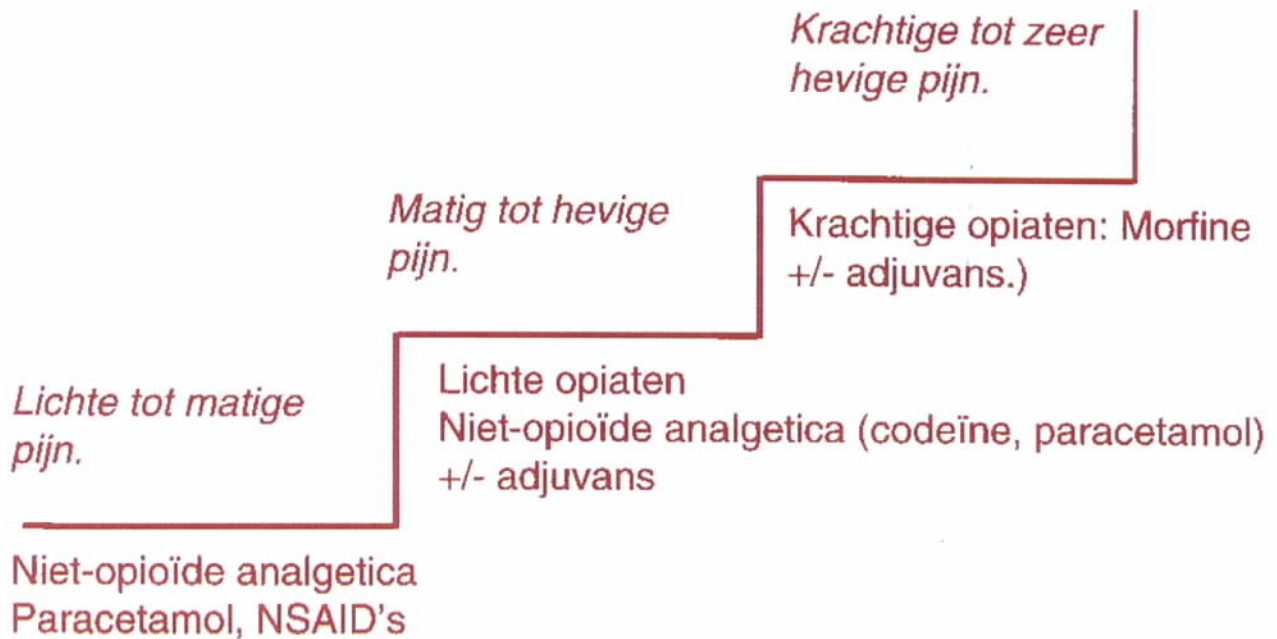


Fig. 4. De analgetische ladder.

Om de doeltreffendheid van dit stapsgewijs analgetisch beleid te optimaliseren, doet de WGO de volgende aanbevelingen.

- De analgetica bij voorkeur per os geven, ook al is de biologische beschikbaarheid per os lager dan de toediening langs een andere weg. In geval van problemen overschakelen op parenterale toediening.
- Het analgeticum op vaste uren toedienen om het opnieuw optreden van de pijn (in geval van chronische pijn) te voorkomen.
- Voor een gegeven niveau het analgeticum in optimale dosis gebruiken alvorens over te schakelen op het volgende niveau.
- Details die het comfort van de patiënt kunnen verbeteren, niet verwaarlozen.

Belangrijk is te vermelden dat juist bij chronische wondzorg het geven van medicatie "zo nodig" niet wenselijk is. Het is beter om een basismedicatie van een niet-opioïd analgetica toe te dienen dat kan aangevuld worden met narcotische analgetica op geleide van de pijnintensiteit die de patiënt ervaart. Het is niet altijd noodzakelijk om met stap 3 van de pijnladder te beginnen. De medicatie van stap 1 zijn goede perifere pijnstillers die bij wonden goed resultaat kunnen hebben. Het gebruik van co-analgetica, medicaties die geen pijn-

stillende werking hebben maar indirect bijdragen tot de analgesie dat pijnstillers zijn soms noodzakelijk.

### 1. 6. 3. Niet-medicamenteuze behandeling.

De behandeling van wondpijn omvat een aantal componenten waarbij de wondbehandeling centraal staat. Een multidisciplinaire aanpak is alleen maar wenselijk. (zie later).

### 1. 7. PIJN ALS VERPLEEGPROBLEEM.

"Evalueer pijn nooit omdat er volgens u pijn is, maar omdat de patiënt lijkt pijn te hebben" M.A. Petit.

Feitelijke en dreigende pijn zijn verpleegproblemen en behoren tot het verpleegkundig domein (CBO, 1994). Pijn is een multidimensioneel verschijnsel dat de zorg voor de hele mens ("totale zorg") vereist. Pijn kan endocriene metabole stoornissen, autonome reflexen, nausea, ileus en spierspasme uitlokken en onderhouden. Daarboven moet rekening gehouden worden met lichamelijke, psychische, sociale en spiritueel beïnvloedende factoren (CBO, 1994; Francke, 1992). Hieruit volgt dat pijn een multidisciplinaire benadering vergt: artsen en verpleegkundigen dragen samen de verantwoordelijkheid voor de aangepaste pijnbestrijding.

Gezien verpleegkundigen zich met pijn moeten bezig houden ligt het voor de hand het verpleegproces als uitgangspunt te nemen. Het opnemen in het verpleegplan van diverse acties met betrekking tot pijn kan de kwaliteit van de verpleegkundige zorg aanmerkelijk verhogen.

De kwaliteit en het succes van pijnbestrijding hangen in grote mate af van de verpleegkundige observatie. Niet alleen is de kwaliteit van de observatie belangrijk, ook de frequentie en de wijze van rapporteren spelen een rol. Bij goede observatie kan de behandeling snel en efficiënt aangepast worden aan de ervaring van de patiënt. Als de verpleegkundige haar beslissingen en interventies kan verantwoorden op basis van pijnobservaties en pijnscores, wordt het mogelijk haar/hem meer bevoegdheid te geven bij de behandeling.

De verpleegkundige zal de pijn moeten evalueren door de observatie van de patiënt, waarbij hij/zij pijnbeoordelingsinstrumenten kan gebruiken. Dit zijn hulpmiddelen (schalen) om pijnintensiteit te meten en gegevens over pijn overzichtelijk in kaart te brengen en te rapporteren.

- Met de numerieke pijnintensiteitschaal geeft de patiënt een cijfer aan zijn pijnbeleving (0=geen pijn, 10=onuitstaanbare pijn).

## Visuele analoge schaal



Durogesic, 1 pleister 3 dagen controle over pijn

## Visuele analoge schaal



Durogesic, 1 pleister 3 dagen controle over pijn

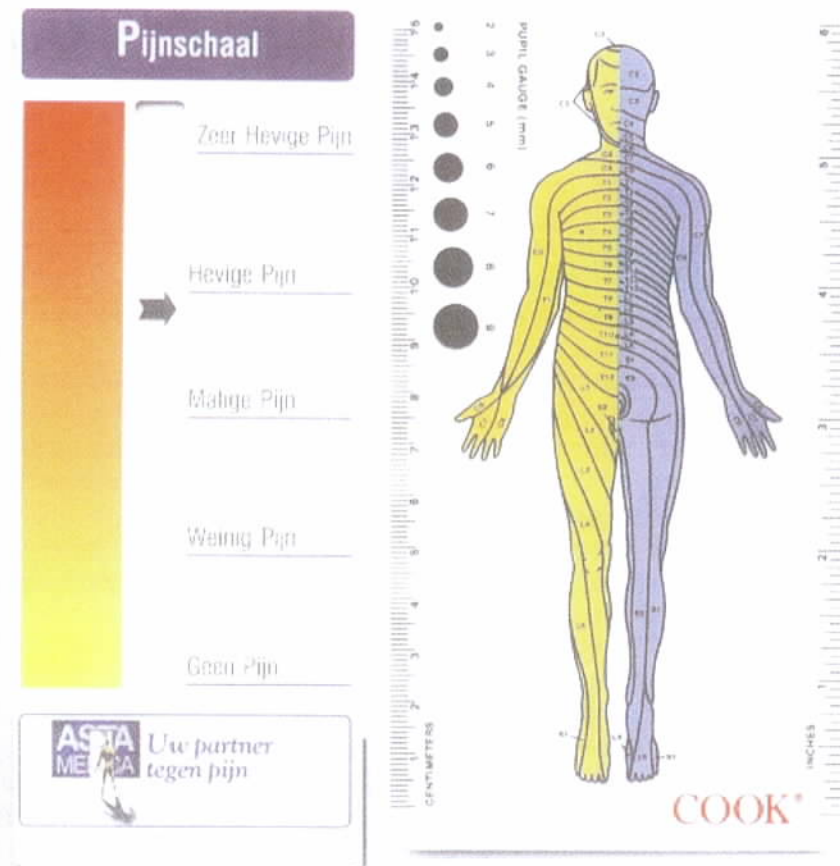


Fig. 5 Voorbeelden van pijnschalen. Boven: de visuele analoge schaal (voor- en achterzijde); links onderaan: een categorale pijnschaal; rechts onderaan: de anatomische lokalisatie van de pijn of analgesie in gebruik bij epidurale analgesietechnieken.

- Bij gebruik van de visuele pijnintensiteitschaal geeft de patiënt met een aanduiding op een lijn van 10 centimeter aan hoe erg de pijn is die hij ervaart. Meer naar links op de lijn betekent minder pijn, meer naar rechts betekent meer pijn. Als het latje wordt omgedraaid kan de verpleegkundige de numerieke pijnscore aflezen.
- Bij de verbale pijnintensiteitschaal tenslotte, verwoordt de patiënt de hevigheid van zijn pijn:

ondraaglijk, ernstig, aanzienlijk, mild, licht of geen pijn.

- Bij de multidimensionale zelfrapportage van pijn wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde "Mc Gill Questinaire". Het gaat hier om een vragenwoordenlijst. Pijn wordt hier op drie dimensies (sensorisch, affectief en evaluatief) beoordeeld met behulp van 20 groepen woorden die pijn beschrijven.

De farmaceutische industrie heeft verschillende zogenaamde "pijnlatjes" in omloop gebracht. De op deze wijze verkregen pijnscores worden geregistreerd op het verpleegplan. Artsen en verpleegkundigen kunnen in één oogopslag het beloop van de pijn bij de patiënt overzien.

Naast de observatie van de eigenlijke pijnbeleving van de patiënt moet de verpleegkundige ook andere gegevens betrekken bij het observeren van pijn. De verpleegkundige moet ook fysiologische veranderingen (zoals bloeddruk, polsslag en ademhaling) en gedragspatronen (zoals veranderingen van lichaamshouding, mimiek en motoriek) observeren. Deze gegevens zijn dikwijls bepalend voor de pijnbestrijding, zeker bij patiënten die (nog) niet in staat zijn te communiceren.

Verder is het belangrijk de pijnlijke plaats(en) in de verpleegkundige observatie te noteren. De patiënt kan naast de pijn in de wondregio ook spierpijn, gewrichtspijn, rugpijn, drukpijn of hoofdpijn ervaren. Het gebruik van een lichaamsdiagram in de rapportage kan hierbij handig zijn.

De evaluatie van de pijnintensiteit is zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt van groot belang voor het totale proces van verpleegkundige zorg.

De evaluatie van de uitvoering en de effecten van de interventies moeten niet alleen aan het eind van een zorgproces plaatsvinden, maar ook tussentijds. Zo kunnen verpleegplan en pijnmedicatie, indien nodig, aangepast worden. De evaluatie dient uit te monden in een beschrijving waaruit blijkt hoe de patiënt op de verleende zorg reageert.

De effectiviteit van de pijnbestrijding kan het beste worden beoordeeld door de patiënt zelf. Daarom moet de verpleegkundige regelmatig de pijnscore vaststellen en nagaan of de patiënt tevreden is over de pijnstilling. Ideaal zou zijn indien men de pijnscore zou zien als een vijfde vitale parameter (naast de bloeddruk, pols, ademhaling en temperatuur).

\* **Anne Mie Menten, Verpleegkundig Pijnspecialist P.A.C.U. Dienst Anesthesiologie A.Z.-V.U.B. te Brussel.**

#### LITERATUUR

- Belgian Pain Society, Nieuwsbrief, september 1996.
- Camu, E., Dolor agudo y postoperatorio. 1999, Hoofdstuk 103: Postoperative Pain.
- Camu, E., Anatomie van de nociceptie, Neuron- Vol 4. Nr 6, 1997.
- Crul, B.J.P., Protocol Postoperatieve pijnbestrijding Nijmegen: afdeling Pijnbehandeling, Academisch Ziekenhuis Nijmegen. 1994.
- Francke, A.L., Wat doen verpleegkundigen bij pijn? Tijdschrift voor Zorgverstrekkers, 1992 nr 13, p. 460-463.
- Francke, A.L., Pijn als verpleegprobleem, Kavanah, Dwingeloo, 1992.
- Hofland, H., Pijn bij decubitus. WCS Jaargang 16, nr. 2.
- Menten, A.M., De verpleegkundige zorgen in het acuut pijnmanagement, Lesprogramma voor verpleegkundigen

A.Z.-V.U.B., Afdeling Acute Pijndienst, mei 2000.

- Menten, A.M., The input of the PACU in the Acute Pain Service, Syllabus pijn en pijnbehandeling, Lesprogramma voor verpleegkundigen, A.Z.-V.U.B., Afdeling Acute Pijndienst, september 2000.
- Vermeersch, N., Acute pijn bij brandwonden en traumata. Thesis 4<sup>o</sup> jaar arts, Faculteit Geneeskunde en Farmacologie, 1999.
- Verpleegkundige Wetenschappelijke Raad van de CBO, Syllabus consensusbijeenkomst "Verpleegkundige bij pijn", Utrecht, juni 1994, 22pp.
- Vogelaer, P.J.W., Verpleegkundige zorg bij de patiënt met pijn. Syllabus pijn en pijnbehandeling, lesprogramma voor assistenten anesthesiologie, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, afdeling Pijnbehandeling, december 1992, p. 107-110.
- Vogelaer, P.W.J., Pijn, hoe u weg vindt in een pas ontgonnen verpleegkundig domein. Nursing, oktober 1994, p. 60-65.

## WCS /S/E/R/V/I/C/E/

### VOOR ELKE WOND EEN TEAMVERBAND CONGRES EDITIE WCS NIEUWS.

Bezoekers van het WCS congres van 6 en 7 november 2001 ontvingen een speciale uitgave van het WCS Nieuws, met daarin abstracts en korte uiteenzettingen van een groot aantal voordrachten.

Dit nummer is na te bestellen voor € 7,- exclusief verpakkings- en verzendkosten via

**DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392  
OF VIA INFO@WCS-NEDERLAND.NL.**

De voorraad is beperkt.

# RICHTLIJNEN VOOR DE AUTEUR

#### ALLE ARTIKELN WORDEN VERSTUURD NAAR:

Redactie WCS Nieuws  
Hoofdlaan 15  
3051 XD Rotterdam

#### VERZENDING VAN KOPIJ:

Kopij en illustraties (behalve foto/dia materiaal) moeten in drievoud worden ingezonden. Daarnaast dient het artikel aangeleverd te worden op een floppy diskette (bij voorkeur WP of MS Word).

Digitaal opgeslagen illustraties dienen 1 maal uitgeprint aangeleverd te worden. Het digitale bestand dient duidelijk vermeld te worden, wat betreft gebruikte programmatuur.

Ieder artikel dient vergezeld te zijn van een brief met de naam, adres en telefoonnummer van de voornaamste (eerste) auteur. De titelatuur, functie en instelling en eventuele vermelding van betrokkenheid tot het onderwerp wordt vermeld onder het artikel.

#### SAMENSTELLING ARTIKEL:

Samenvatting met maximaal 200 woorden, indien mogelijk ook in het engels. Inleiding

Patiënten, materiaal, methode, of eventuele casuïstiek  
Resultaten  
Discussie en conclusie  
Literatuurvermelding

Omvang van het artikel kan in overleg met de redactie van de Nieuwsbrief. Bij zeer grote artikelen kan een opsplitsing plaatsvinden en wordt het artikel in twee of meerdere delen gepubliceerd.

#### LAY-OUT VAN HET ARTIKEL:

In de tekst kan naar de literatuurlijst verwezen worden door het nummer van de betreffende referentie tussen haakjes te plaatsen. De nummering van de referentie verloopt dan ook in de volgorde van de verwijzing in de tekst. Figuren, tabellen en foto's zijn genummerd en moeten aan de achterzijde voorzien zijn van de naam van de auteur. Elke figuur of tabel heeft een eigen onderschrift.

*Voorbeeld literatuurverwijzing van tijdschriften:*

Rasch LJP, van Putten M. De charcot-voet: wat is dit en hoe te behandelen: WCS Nieuwsbrief 1998; 4: 19-21.

*Voorbeeld literatuurverwijzing van boeken:*  
Auteur EEN. (jaartal) Titel boek.  
Uitgever; Plaats.

#### INHOUD ARTIKEL

De auteur is verantwoordelijk voor de inhoud van het artikel. Elk artikel wordt beoordeeld op relevantie voor de doelgroep van de WCS, door de WCS commissie die een relatie heeft met het onderwerp. Indien het artikel relevant is wordt het, indien het een wetenschappelijk onderzoek betreft, voorgelegd aan enkele reviewers ter beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit. Na accoording zal het artikel binnen een jaar geplaatst worden.

Reproductie is toegestaan, mits de auteur en de uitgever schriftelijke toestemming hebben gegeven en naam van auteur en tijdschrift duidelijk worden vermeld.

Bij het benoemen van producten wordt uitgegaan van de neutrale positie van de WCS. Producten derhalve dan ook bij voorkeur benoemen als stofnaam, of als productgroep.