

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25200>

Please be advised that this information was generated on 2019-09-19 and may be subject to change.

Verpleegkundige Zorg bij pijn

Pijn is een verpleegprobleem dat zich bij uitstek leent om systematisch volgens het verpleegkundig proces aan te pakken. Toch gebeurt dit nog te weinig, met als gevolg dat patiënten onnodig pijn lijden en hun herstel zelfs vertraagd kan worden.

Naast de Gezondheidsraad (1980) constateren ook andere deskundigen dat de behandeling van pijn in het algemeen, en in veel gevallen ook postoperatief, niet adequaat is (Schulkens- v.d. Pol, 1990; WHO, 1990; Kuhn, Cooke & Collins, 1990). Voor deze inadequate pijnbehandeling wordt een aantal oorzaken genoemd.

Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen in onvoldoende mate op de hoogte zijn van de aanwezigheid van pijn, en de ernst ervan soms anders inschatten dan de patiënt (Teske, Daut & Cleeland, 1983). Zo wees onderzoek van Rankin (1984) uit dat tachtig procent van de patiënten gemiddelde tot ernstige pijn voelt. Daartegenover stond de mening van de verpleegkundigen dat ruim 67 procent van de patiënten draaglijke pijn had.

Ook Schuurmans concludeert in zijn onderzoek dat de herkenning van pijn verbeterd kan worden: non-verbale signalen worden niet altijd herkend als uitingen van pijn (pijngedrag), terwijl er niet standaard naar pijn wordt geïnformeerd (actieve observatie). Verpleegkundigen wachten vaak tot de patiënt zelf pijn aangeeft, terwijl patiënten wachten tot de verpleegkundige of arts ernaar vraagt (Theeuwen, 1991). Ook blijkt dat patiënten niet over hun pijn willen klagen om niet 'lastig' te worden gevonden.

Hiaten in de pijnbeoordeling vormen niet de enige reden waarom pijn onvoldoende bestreden wordt. Gebrek aan kennis bij verpleegkundigen en artsen, en onvoldoende gebruik van niet-farmacologische interventies zijn andere knelpunten in de pijnbehandeling (Francke, 1992b; Dorrepaal, 1989). Ook worden gegevens over pijn en pijnbestrijding niet, onvolledig of onregelmatig vastgelegd (Foley, 1984). Tot slot blijkt er bij artsen, verpleegkundigen – maar ook bij patiënten – nog steeds angst te bestaan voor verslaving en ademdepresie als gevolg van pijnmedicatie (Crul, 1981).

In de literatuur (Huijter Abu-Saad,

Miljo Rottinghuis

P.J.W. VOGELAAR¹

1987/1988; McCaffery, 1977; Dingemans e.a., 1993; Derks, 1991; De Wit & Van Dam, 1991/1992; Francke, 1992a) worden nog andere (mogelijke) oorzaken genoemd voor een onvoldoende effectieve pijnbehandeling. Zo is er nogal eens sprake van een gebrek aan communicatie tussen verpleegkundigen en artsen terwijl er ook te weinig en niet adequaat gebruik gemaakt wordt van verpleegplannen. Bovendien is er soms een gebrek aan belangstelling voor pijn en pijnbestrijding bij zowel verpleegkundigen als artsen, of is er geen discipline die zich verantwoordelijk voelt voor de pijnbehandeling. Onvoldoende voorlichting aan patiënten met pijn en onvoldoende psychosociale begeleiding bij pijnbeleving worden eveneens genoemd. Tot slot kan er sprake zijn van een beperkt gebruik van de verpleegkundige pijnanamnese en van pijnbeoordelingsinstrumenten.

PIJN ALS VERPLEEGPROBLEEM

Feitelijke en dreigende pijn zijn verpleegproblemen en behoren tot het verpleegkundig domein (NRV, 1988; CBO, 1994).

Pijn is een multidimensioneel verschijnsel dat zorg voor heel de mens vereist en dus vraagt om 'totale zorg'. Daarbij moet rekening worden gehouden met lichamelijke, psychische, sociale en spirituele pijnbeïnvloedende factoren (Francke, 1992a; CBO, 1994). Hieruit volgt dat pijn om een multidisciplinaire benadering vraagt: artsen en verpleegkundigen dragen samen de verantwoordelijkheid voor pijnbestrijding.

Als verpleegkundigen zich met pijn bezighouden, ligt het voor de hand het verpleegkundig proces 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.

ANAMNESE EN OBSERVATIE

Bij opname op de verpleegafdeling, of al eerder op de chirurgische polikliniek, kan door het afnemen van een verpleegkundige pijnanamnese informatie naar voren komen die van belang is voor de pijn na de operatie. Zo kan worden vastgesteld of de patiënt al pijn heeft vóór de operatie en welke factoren een rol zouden kunnen spelen bij de pijnbeleving en



het pijngedrag ná de ingreep. Heeft de patiënt bijvoorbeeld al eerder een operatie ondergaan en hoe ervoer hij de pijn destijds? Heeft de patiënt andere pijnklachten als gevolg van andere gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld rugklachten of hoofdpijn? Gebruikt hij daarvoor pijnmedicatie en wat is daarvan het effect? Hoe staat de patiënt tegenover de operatie, ervaart hij angst of spanning die de pijnbeleving kunnen vergroten? Voor het afnemen van de verpleegkundige pijnanamnese kan gebruik worden gemaakt van een gestandaardiseerd pijnamaneseformulier (zie bijvoorbeeld Francke, 1992).

Postoperatief zal de verpleegkundige de pijn moeten vaststellen door de patiënt te observeren, waarbij zij gebruik kan maken van pijnbeoordelingsinstrumenten. Dit zijn hulpmiddelen om pijn vast te stellen en gegevens over pijn overzichtelijk in kaart te brengen en te rapporteren. Bij postoperatieve pijn kan de verpleegkundige de numerieke, visuele of verbale pijnintensiteitschalen gebruiken. De numerieke pijnintensiteitschaal (NRS) houdt in dat de patiënt een cijfer geeft aan zijn pijnbeleving. Bij gebruik van de visuele pijnintensiteitschaal (VAS) geeft de patiënt met een aanduiding op een lijn van 10 centimeter aan hoe erg de pijn is die hij ervaart. Bij de verbale pijnintensiteitschaal ten slotte, verwoordt de patiënt de hevigheid van zijn pijn.

Naast de observatie van de eigen pijnbeleving van de patiënt is het belangrijk dat de verpleegkundige ook andere gegevens betreft bij het observeren van pijn. Bij postoperatieve pijn kunnen fysiologische veranderingen (zoals bloeddruk, polsslag en ademhaling) en gedragspatronen (bijvoorbeeld veranderingen van lichaamshouding, mimiek en motoriek) door de verpleegkundige worden geobserveerd. Zeker bij patiënten die (nog) niet in staat zijn over hun pijn te communiceren, zijn deze gegevens bepalend voor de pijnbestrijding.

Verder is het belangrijk de pijnlijke plaats(en) in de verpleegkundige observatie te betrekken. Zo kan de patiënt pijn hebben in het operatiegebied, maar niet zelden is er ook sprake van bijvoorbeeld spierpijn, drukpijn of hoofdpijn. Het gebruik van een lichaamsdiagram in de rapportage kan hierbij handig zijn.

PLANNEN EN UITVOEREN VAN DE ZORG

Na de verpleegkundige pijnamnese worden de daaruit voortvloeiende verpleegkundige diagnosen geformuleerd en de verpleegdoelen vastgesteld. Het is belangrijk dat die concreet, realistisch, haalbaar én goed te toetsen zijn. Mede op basis van diagnose en doelen wordt een keuze gemaakt voor verpleegkundige interventies bij pijn.

Het is van belang dat de patiënt vóór de operatie wordt geïnformeerd over het mogelijk optreden van postoperatieve pijn. Daarnaast moet hij op de hoogte zijn van het belang van goede pijnbestrijding en de middelen die daarbij worden gebruikt. En natuurlijk moet de patiënt begrijpen dat hij de verpleegkundige moet waarschuwen bij beginnende pijn. Ook moet de patiënt uitleg krijgen over het gebruik van de pijnintensiteitschaal die postoperatief wordt gebruikt.

Bij postoperatieve pijn is een onderscheid te maken tussen

PIJN

'Pijn is wat de patiënt zegt dat het is en treedt op wanneer hij dat aangeeft' is een veel gehoorde definitie van pijn. Daaruit komt duidelijk de subjectieve aard van het begrip pijn naar voren. Dit houdt ook in dat de pijnbestrijding moet worden afgestemd op de ervaring van de individuele patiënt.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen acute en chronische pijn. De verschillen tussen deze twee soorten pijn hebben vooral te maken met het ontstaan, de oorzaak, het beloop en de duur van de pijn. Bij acute pijn is er meestal een direct en duidelijk verband tussen weefselbeschadiging en de pijn. Bij chronische pijn kan dit verband niet altijd worden aangetoond en spelen psychosociale factoren vaker een rol bij de pijnbeleving.

farmacologische verpleegkundige interventies (het verstrekken of toedienen van pijnstillers) en niet-farmacologische verpleegkundige interventies. Voorbeelden daarvan zijn het geven van begeleiding bij emotionele factoren die de pijnbeleving beïnvloeden (angst, verwerken van verlies van lichamelijke functies of blijvende mutilatie), het aanleren van ademhalings- en ontspanningsoefeningen, het bieden van afleiding, het bevorderen van comfort door bijvoorbeeld lichaamshouding, zorgen voor voldoende rust, massage en het toedienen van warmte en koude.

Een combinatie van farmacologische en niet-farmacologische interventies, die elkaar aanvullen, heeft het meeste effect op pijn (McCaffery, 1990).

HET EFFECT VAN DE PIJNBESTRIJDING

Voor het totale proces van verpleegkundige zorg is evaluatie voor zowel de verpleegkundige als voor de patiënt van groot belang. De evaluatie van de uitvoering en van de effecten van de interventies moet 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 (Nieweg & Van der Arend, 1991).

De effectiviteit van postoperatieve 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. Als richtlijn geldt dat deze gegevens bij elke postoperatieve controle, maar in ieder geval elke twee uur, worden opgeschreven. Als de patiënt slaapt wordt dit als observatie genoteerd; bij het ontwaken kan worden gevraagd of dit werd veroorzaakt door pijn en welke pijnscore de patiënt bij het wakker worden ervaart. Bij onvoldoende pijnstilling kan op deze manier snel en efficiënt worden opgetreden. ◀

Zie voor de literatuurlijst p. 617.

NOOT

¹ P.J.W. Vogelaar is verpleegkundig specialist in het Pijncentrum AZN.

kundigheid staat in schril contrast met de waardering van de verpleegkundigen over hun eigen deskundigheid: 85 procent vindt zichzelf over voldoende kennis beschikken om vragen van patiënten over postoperatieve pijn en pijnbestrijding te kunnen beantwoorden.

Ondanks de tevredenheid van de patiënten over de verpleegkundige zorg, bleek een kwart van de patiënten onaanvaardbaar hevige pijn te hebben gehad. Opvallend is dat de verpleegkundige en arts hiervoor niet de schuld krijgen. De meeste patiënten denken dat pijn na de operatie er nou eenmaal bijhoort. Slechts 17 procent van de patiënten had geen pijn gehad na de ingreep. De overige patiënten hadden wel pijn, maar vonden deze matig en aanvaardbaar. De gemiddelde pijnscore kwam uit op 5,8.

AANBEVELINGEN

Gebleken is dat bijna de helft van de verpleegkundigen vindt dat men – op basis van de schriftelijke rapportage – niet voldoende op de hoogte is van de pijn en de pijnbestrijding bij de postoperatieve patiënt. Daarom zullen de verpleegkundigen van het pijnteam de verpleegkundige rapportage over pijn en pijnbestrijding als een speciaal aandachtspunt meenemen (zie kader Acute Pijn Dienst).

Voor wat betreft 'pijn op de verkoeverkamer' kan verdere scholing van het personeel voorkomen dat patiënten deze kamer verlaten op het moment dat men nog een niet-aanvaardbare pijn voelt.

Wanneer er niet regelmatig naar de pijnscore van de patiënt gevraagd wordt, wordt daarmee de essentie van het protocol – het bieden van goede pijnbestrijding aan alle patiënten – onderuit gehaald. Een verbetering in de attitude van de verpleegkundigen kan mogelijk worden bereikt door op de daglijst van de patiënt een voorgedrukte kolom op te nemen voor de registratie van de pijnscore. Op deze wijze worden verpleegkundigen herinnerd aan het afnemen van de pijnscore bij elke postoperatieve controle.

Indien een patiënt de pijnmedicatie weigert in te nemen (hetgeen nogal eens voorkomt als hij geen pijn voelt), is het wel van belang dat de verpleegkundige de patiënt informeert over het belang van pijnmedicatie als onderhoudsdosering.

We hebben gezien dat er grote verschillen bestaan tussen patiënten en verpleegkundigen als het gaat om de vraag of die eersten zijn ingelicht over postoperatieve pijn en pijnbestrijding. Het kan zijn dat patiënten wel de informatie en/of instructie van verpleegkundigen gekregen hebben, maar dit, door de overvloed van informatie en de spanning, zijn vergeten. In de praktijk blijkt dat veel informatie, zelfs als die zeer nauwkeurig en begrijpelijk is opgesteld, niet blijft hangen. De informatie zal dus gedoseerd en gespreid moeten worden aangeboden. Bekeken wordt of een gedeelte daarvan eerder aan de patiënt kan worden verstrekt, bijvoorbeeld schriftelijk thuis of tijdens pre-operatief polikliniekbezoek.

Om de discrepantie tussen werkelijke en vermeende deskundigheid bij verpleegkundigen weg te werken, moet het pijn-team zich nog actiever opstellen om hen van die discrepantie

bewust te maken. Scholing alléén is weinig effectief als verpleegkundigen niet eerst inzien dat zij extra kennis behoeven. ◀

NOTEN

¹ W.D. van der Veen is verpleegkundige en verplegingswetenschapper; prof. dr. B.J.P. Crul is anesthesioloog en Hoofd Pijncentrum AZN; M.A. Giesberts is verpleegkundig consulent in het Pijncentrum AZN; prof. dr. H. Huijer Abu-Saad is hoogleraar verplegingswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg; P.J.W. Vogelaar is verpleegkundig specialist in het Pijncentrum AZN.

Het correspondentieadres van de auteurs is: Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Pijncentrum (520), Postbus 9001, 6500 HB Nijmegen.

² Het evaluatie-onderzoek werd door P.W. Vogelaar verricht in het kader van de studie verplegingswetenschappen.

LITERATUUR

- Clark, E., e.a. Improved postoperative recovery with patient controlled analgesia. *Nursing Times*, 1989, 85, p. 54-55.
- Crul, B.J.P. Pijnbestrijding bij kanker, een stiefkind van de geneeskunde; Kanttekeningen bij oncologische pijnbestrijding in Nederland. *Medisch Contact*, 1981, 5, p. 127-129.
- Crul, B.J.P. *Protocol postoperatieve pijnbestrijding*. Nijmegen: afdeling pijnbehandeling Academisch Ziekenhuis Nijmegen, 1994.
- Derks, W. *Inventarisatie van het verpleegprobleem pijn: opvattingen en toepassingen van maatregelen door verpleegkundigen in Nederland*. RUL, Maastricht, 1991.
- Dingemans, W.A. e.a. *Pijn en pijnbehandeling, een basaal onderwijscurriculum*. Universitaire pers, Maastricht, 1993.
- Dingemans, W.A. *Pijnboek voor de hulpverlener*. Nijkerk, Intro, 1990.
- Dorrepaal, K.L. *Pijn bij patiënten met kanker*. Krips Repro, Meppel, 1989.
- Foley, K.M. Twycross, R.G. *Clinics in Oncology*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1984.
- Francke, A.L. *Pijn als verpleegprobleem*. Kavanah, Dwingeloo, 1992.
- Francke, A.L. Wat doen verpleegkundigen bij pijn? *TvZ*, 1992, nr. 13, p. 460-463.
- Gezondheidsraad *Advies inzake pijnbehandeling*. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1980.
- Giesberts, M. & E. Zwarts. *Onderzoek naar de rapportage ten aanzien van pijn na invoering van het pijnprotocol*. Nijmegen, 1993.
- Huijer Abu-Saad, H. Pijn: een theoretische analyse. *Verpleegkunde*, 1987/88, nr. 2, p. 71-82.
- Huijer Abu-Saad, H. Hoe wordt pijn beoordeeld? *TvZ*, 1990, nr. 12, p. 381-383.
- International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 1979, nr. 6, p. 249-252.
- Kuhn, S. e.a. Perceptions of pain relief after surgery. *BMJ*, 1990, p. 1687-1690.
- McCaffery, M. *De verpleegkundige zorg voor patiënten met pijn*. De Tijdstroom, Lochem, 1977.
- McCaffery, M. Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *International Journal of Nursing Studies*, 1990, 27, p. 1-5.
- McFarland, G.K. & E.A. McFarlane. *Nursing diagnoses & interventions*. The C.V. Mosby Company, St. Louise, 1989.
- Nieweg, R. & R.A. van der Arend. *Verpleegkundige zorg voor patiënten met pijn*. *Pijninformatie*, 1991.
- Rankin, M.A. & B. Snider. Nurses' perceptions of cancer patients' pain. *Cancer Nursing*, 1984, nr. 7, p. 149-155.
- Swanborn, P.G. *Methoden van Sociaal-wetenschappelijk onderzoek, inleiding in ontwerpstrategieën*. Boom, Meppel, 1981.
- Teske, K. e.a. Relationship between nurses, observations and patients self-report of pain. *Pain*, 1983, nr. 16, p. 289-269.
- Theeuwes, J. *Verpleegkundigen, chirurgische borstkankerpatiënten en pijn: een kwalitatief onderzoek*. RUL, Maastricht, 1991.
- Thomas, V.J. Effect of psychological variables and pain relief system on postoperative pain experience. *British Journal of Anaesthesia*, 1990, 64, p. 388-389.
- Schulkens-van de Pol, J.A. *Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker*. NVBP, Groningen, 1990.
- World Health Organisation *Nursing standards: towards better care*. WHO, Kopenhagen, 1984.
- Wit, R. de & F.S.A.M. van Dam. Verpleegkundige pijnmeting bij kankerpatiënten: een interventiestudie. *Verpleegkunde*, 1991/1992, nr. 2, p. 68-75.