

Wat doen verpleegkundigen bij pijn?

door Anneke Francke

In dit artikel wordt een aantal inzichten gepresenteerd die zijn verkregen uit half-gestructureerde interviews met 25 verpleegkundigen uit elf Nederlandse algemene ziekenhuizen. Deze interviews maakten deel uit van een verkennend onderzoek (De Graaf en Eliens, 1990) dat is gebruikt voor de ontwikkeling van een bijscholingsprogramma over pijnbestrijding.

Wat doen verpleegkundigen bij pijn? Doen zij voldoende en doen zij het goed? Het antwoord is vervat in de uitspraken in dit artikel. Uitbreiding van kennis en vaardigheden lijkt geen overbodige luxe.

Onderzoeksmethode

De vragen die dienden als leidraad voor de interviews waren geformuleerd op grond van observaties op oncologische afdelingen (Francke, 1990). De antwoorden waren open: de geïnterviewde had volledige vrijheid in eigen bewoordingen antwoord te geven. De interviews werden geanalyseerd volgens de gefundeerde theoriebenadering (Bosch, 1990; Strauss en Corbin, 1990). Op grond van deze analyse konden de volgende problemstellingen worden beantwoord:

- Welke pijnreducerende interventies voeren verpleegkundigen uit bij chirurgisch-oncologische patiënten?
- Zijn binnen deze interventies problemen te signaleren op grond waarvan verpleegkundigen kunnen worden bijgeschoold?

Pijnreducerende interventies

VOÓRDE INTERVENTIE

Hoewel verpleegkundigen aangeven het vaststellen van pijn belangrijk te vinden, lijkt dit weinig systematisch te gebeuren. Geen van de geïnterviewden maakt ooit gebruik van een pijnanamnese. (zie figuur 1.)

V.: 'Wij werken er eigenlijk niet mee. Ja kijk, het is echt wel zo dat we zeggen van: die wond die trekt, die drain die trekt. Maar het is echt niet zo dat ik zo'n hele pijnanamnese af zal nemen.' (V6)

Ook van pijn dagboeken of pijnintensiteitschalen maakt men geen gebruik. Een beeld dat overigens ook in buitenlands onderzoek (Dalton, 1989) naar voren komt.

PIJNMEDICATIEVERSTREKKING

Verpleegkundigen verstrekken niet alleen pijnmedicatie, maar beslissen ook, binnen door de arts bepaalde marges, wanneer en hoeveel medicatie wordt gegeven.

V.: 'We hebben vrij veel machtiging wat dat betreft, hoor. Bijvoorbeeld, we mogen elke vier uur geven.' (V2)

Verstrekking van pijnmedicatie op vaste tijdstippen verspreid over 24 uur (NVBP, 1990), blijkt nog lang geen gemeengoed. Waarschijnlijk wordt dit mede beïnvloed door onduidelijkheid van artsen.

V.: 'En we hebben bijvoorbeeld laatst met alle hoofden vergaderd over dit onderwerp. Pijnmedicatie. Is het nou zonodig, of is het nou gewoon à vier uur of zes uur. Ja, ze (v. bedoelt de artsen. A.L.F.) zijn het er zelf niet over eens.' (V13)

Niet alleen verstrekking op 'zonodig'-basis, maar ook de (vaak onterechte) angst voor overdosering, gewenning, verslaving of ademdepressie werken onderdosering in de hand (Francke, 1992). Dit geldt met name bij de toediening van opiaten.

V.: 'Van wie weet, spuit je wel iemand een ademstilstand. Daar zijn verpleegkundigen toch wel, nog heel bang voor. (...) als de patiënt nog op de derde of vierde dag om morfine vraagt. Nou, zou u niet eens willen minderen of zo? Niet iets anders proberen, want ja....' (V13)

Ook wordt het (te) weinig pijnmedicatie geven in de hand gewerkt doordat patiënten zelf de genoemde onjuiste denkbeelden¹ over pijnmedicatie hebben en doordat patiënten soms heel lang wachten voor ze pijnmedicatie vragen.

V.: 'Sommigen die zijn echt zo van "geen pillen". We kunnen wel een beetje pijn hebben. Nou, die hebben gewoon wel pijn. Die wachten totdat ze echt pijn hebben en dan vragen ze om iets.' (V8)

INFORMATIEVERSTREKKING

Florence Nightingale (1859) was zich er al van bewust hoe belangrijk het geven van informatie is, want 'apprehension, uncertainty, waiting, expectation and fear of surprise do a patient more harm than any exertion.'

Het geven van op de patiënt afgestemde informatie kan angst en onzekerheid verminderen, wat ertoe leidt dat patiënten soms minder postoperatieve pijn ondervinden (Francke, 1992; Grypdonck, 1989).

Informatie over komende gebeurtenissen, bijvoorbeeld wanneer en waar een onderzoek of operatie plaats zal vinden, wordt volgens de geïnterviewden regelmatig gegeven.

Anneke L. Francke, verpleegkundige A en sociologe, is werkzaam als onderzoekster in het Helen Dowling Instituut, Rotterdam.

Plaats en uitstraling	Op tekening invullen												
Voorgeschiedenis	Sinds wanneer heeft u pijn? Is de pijn in de loop van de tijd veranderd? Heeft u eerder in uw leven perioden met pijn gehad? Waardoor denkt u dat uw pijn wordt veroorzaakt? Welke behandeling heeft tot nu toe geholpen en welke niet?												
Verloop	Heeft u dag en nacht pijn? Is de pijn steeds even sterk ? Komt de pijn met tussenpozen ? Komt de pijn in aanvallen en zo ja, hoelang duren die?												
Kwaliteit	Zit de pijn diep of oppervlakkig? Hoe zou u uw pijn het beste kunnen omschrijven? Welke van de volgende woorden past het meeste bij uw pijn? <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>borend</td> <td>klemmend</td> <td>dof</td> </tr> <tr> <td>trekkend</td> <td>jeukend</td> <td>zeurend</td> </tr> <tr> <td>kloppend</td> <td>brandend</td> <td>drukkend</td> </tr> <tr> <td>stekend</td> <td>scherp</td> <td>anderszins</td> </tr> </table>	borend	klemmend	dof	trekkend	jeukend	zeurend	kloppend	brandend	drukkend	stekend	scherp	anderszins
borend	klemmend	dof											
trekkend	jeukend	zeurend											
kloppend	brandend	drukkend											
stekend	scherp	anderszins											
Intensiteit	Kunt u met een cijfer van 0 tot 10 de ernst van de pijn aangeven die U op dit moment voelt? 0 is geen pijn, 10 is de meest ondraaglijke pijn die U zich voor kunt stellen. Kunt u met een cijfer de pijn over de dag en over de nacht aangeven? Bij welk cijfer zou u een pijnstiller willen hebben of van pijnstillers willen veranderen?												
Verergerende factoren	Welke activiteiten doen uw pijn toenemen? bijvoorbeeld lopen, zitten, plassen, wassen, hoesten of bepaalde bewegingen.												
Verlichtende factoren	Welke zaken verminderen pijn, bijvoorbeeld warmte, koude, bepaalde houdingen of bewegingen?												
Effect op * slaap	Wordt u wakker van de pijn? Kunt u vanzelf in slaap komen? Zo nee, komt dit door de pijn of door iets anders?												
* stemming	Bij welke van de volgende stemmingen of gevoelens heeft U meer of minder last van de pijn of blijft uw pijn gelijk: somberheid, angst, neerslachtigheid, gespannen zijn, ontspannen zijn, vrolijkheid, zenuwachtigheid.												
* activiteit	Verandert uw stemming door de pijn? Hoe? Wat voor effect heeft de pijn op uw werk, eetlust, hobby's, sociale leven?												
Medicatie	Het zorgvuldig opnemen van de tot nu toe gebruikte medicatie is van essentieel belang. Hierbij zijn de volgende punten belangrijk: dosis, frequentie, toedieningswijze, duur van gebruik, effect, bijwerkingen, reden van staken.												

Figuur 1. Pijnindex. Bron: brochure 'Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker' (red. J.A. Schulkes-v.d.Pol). NVBP

Gewaarwordingsinformatie over wat een patiënt zal horen, voelen, zien of ruiken lijkt echter vaak achterwege te blijven. Slechts een enkele verpleegkundige geeft, op grond van persoonlijke ervaringen, dergelijke informatie.

V.: 'Ik heb bijvoorbeeld pas een gastroscopie gehad. Ik wist best wel dat het een heel vervelend onderzoek was. Ik heb het nu gehad, nou ik zal de patiënten nu toch wel verschrikkelijk goed, veel beter kunnen inlichten dan voor die tijd. (...) Van goh, er wordt wat lucht ingeblazen en dan krijg je echt wel een vervelend gevoel.' (V18)

Het lijkt eveneens uitzonderlijk dat een patiënt informatie krijgt over hoe (ergere) pijn te voorkomen. De enkeling die zegt hier wel aandacht aan te besteden, doet dit door een patiënt te vertellen welke houding waarschijnlijk het meest comfortabel is.

V.: 'Of als die pijn heeft dan moet u zo liggen, of zo liggen. Of dat ze de wond goed ondersteunen.' (V4)

BEGELEIDING

Begeleiding wordt, als onderdeel van pijnbestrijding, door veel verpleegkundigen zeer belangrijk gevonden.

V.: 'Ik denk ook als je veel pijn hebt en je hebt iemand die er ook begrip voor heeft, waar je echt van zegt nou die begrijpt wat ik nou eigenlijk voel. Ik denk dat dat heel veel oplucht, niet dat het de pijn wegneemt, maar wel dat het wel wat verzacht voor je.' (V9)

Ook is begeleiding van belang omdat wanneer angst daardoor afneemt, dit vervolgens een gunstig effect kan hebben op pijn (Francke, 1992).

Vaak uiten patiënten zich tijdens verpleegkundige handelingen die een persoonlijk of intiem karakter hebben.

V.: 'Het contact wat je meteen hebt 's morgens met iemand lichamelijk te helpen met wassen. (...) Dat zijn de momenten dan dat jij iemand heel treurig voor zich uit ziet kijken. Als je bijvoorbeeld, ik noem maar wat op, zijn rug aan het helpen wassen bent.' (V9)

Als verpleegkundigen geconfronteerd worden met mensen die erg veel (pijn) lijden, is dat soms heel moeilijk voor hen.

V.: 'Daar heb ik het erg moeilijk mee. Dus in het bijzonder jonge mensen, omdat ik dat, ook de begeleiding daarvan, best moeilijk vind. Dat vind ik zo onacceptabel.' (V18)

Er kan een gevoel van onmacht ontstaan,² dat wordt versterkt doordat men graag een oplossing zou willen geven, maar daar niet toe in staat is.

V.: 'Het moeilijke vind ik dat ik geen oplossing heb. Dat ik alleen maar kan luisteren, vaak is dat het enige wat je kunt doen. Je kunt geen, niet echt een oplossing geven.' (V8)

NON-VERBAAL CONTACT

Ook non-verbaal contact is belangrijk in het kader van pijnbestrijding (Francke, 1992). Het zitten naast iemands bed, oogcontact of het maken van een troostend gebaar kunnen een patiënt met pijn het gevoel geven niet alleen te staan. Toch ligt met name aanraking heel gevoelig in onze maatschappij. Een verpleegkundige met een niet-westerse achtergrond zei:

V.: 'Ik zeg veel met mijn lichaam. En ik moet hier eraan denken dat ik in Europa ben, dat niet iedereen daarvan gediend is. (...) Soms zie je dat mensen al vanzelf je hand pakken. En soms zie je de mensen de eerste keer schrikken maar je niet afweren en de tweede keer zelf komen.' (V15)

BEVORDEREN VAN AUTONOMIE

Wanneer een patiënt als een autonoom (dat wil zeggen zelfstandig en actief) mens wordt benaderd kan dit gevolgen hebben voor zijn pijn. Een voorbeeld van autonomiebevordering is de 'Patient Controlled Anaesthesia' (Van Eynsbergen, 1990). Doordat een patiënt daarbij niet meer totaal afhankelijk is van anderen, kan hij het gevoel krijgen controle te hebben over zijn situatie, waardoor hij mogelijk minder angst en pijn zal hebben.

Autonomiebevordering behelst echter veel meer. Sommige verpleegkundigen zijn, hoewel ze dit meestal niet rechtstreeks in verband brengen met pijnbestrijding, hier heel direct mee bezig.

V.: 'En dan zeg ik wat kunt u nou wel, want de rest doe ik. En dan kijken we morgen of het verder kan. En als het niet gaat dan is het geen punt dan komt er natuurlijk wel een dag dat ze dat wel doen.' (V15)

MASSAGE

Iedere verpleegkundige zal wel eens een pijnlijke nek of stuit gemasseerd hebben. Daarentegen maken weinig verpleegkundigen in andere situaties gebruik van massage (zie ook Dalton, 1989). Een enkele verpleegkundige die binnen de eigen familie daarmee ervaring heeft opgedaan, daargelaten.

V.: *'Mijn zuster is een paar jaar geleden overleden (...) die had een ascitesbuik. (...). En sinds dat gebeurd is, doe ik dat ook wel eens bij de mensen hier. (...) En er is hier iemand geweest, die gezegd heeft, ja wrijf er eens over, want ik heb niet het gevoel dat het bij me hoort. Die zat met afschuwnaar die dikke buik te kijken, alsof die niet van hem was.'* (V15)

ONTSPANNINGSOEFENINGEN

Ontspanningsoefeningen blijken eveneens geen gemeengoed bij verpleegkundigen. Slechts enkele, relatief ervaren verpleegkundigen zeggen dat ze aan patiënten soms gericht vertellen hoe men zich kan ontspannen.

V.: *'Ja, met name met ademhalen. Als ze heel gespannen zijn en als je iets gaat doen met uit bed halen of verbinden of met bijvoorbeeld drains verwijderen of zoiets. Dan laat ik ze meestal ook... Van probeer eens rustig adem te halen.'* (V7)

Men staat er weinig bij stil dat men de pijn (aanvullend) met niet-farmacologische manieren kan bestrijden.

V.: *'Ik denk dat wij ons daar heel weinig van bewust zijn, dat het ook op andere manieren kan dan met medicijnen en toestanden en zo.'* (V3)



Bron: brochure 'Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker' (red. J.A. Schullkes-v.d.Pol), NVBP

AFLEIDING

Ook afleiding kan pijn dragelijker maken (McCaffery en Beebe, 1989). Sommige verpleegkundigen geven aan, hoewel ze ook dit aspect lang niet altijd in verband brengen met pijnbestrijding, hoe zij het zoeken van afleiding stimuleren.

V.: *'Nou ik draag wel eens iets aan van: "Heeft u geen zin in een borduurwerk?" Ja, of wat anders... Wij vragen ook altijd wat de hobby is bij opname.'* (V9)

V.: *'Als het patiënten zijn die echt langdurig over pijn klagen, dan zijn ze vaak ook nog alleen daarmee bezig. En dan toch proberen om ze op een ander vlak te brengen. (...) En dan toch eens*

even te praten over thuis of over zijn werk of over waar die woont, of zoiets...' (V13)

ZORG VOOR OMGEVING

De omgeving waarin een patiënt verkeert, kan effect hebben op pijn (Francke, 1992). Verpleegkundigen kunnen door bijvoorbeeld te zorgen voor reproducties aan de muur, verlepte bloemen weg te gooien en te beslissen op welke kamer iemand komt te liggen, hier invloed op uitoefenen.

V.: *'Wij kijken altijd als we patiënten krijgen van wie krijgen wij, wat is de leeftijd? We zien dat we mensen zo een beetje bij elkaar leggen. Zo goed en zo kwaad als het hier kan (...). We kijken vaak, we gaan die bij die leggen, die is wat opbeurend, dat is een leuke kamer.'* (V8)

KOU OF WARMTE

Bij flebitis of zwellingen maken verpleegkundigen, teneinde de pijn te verlichten, wel eens gebruik van kou.

V.: *'En als het erg kloppend is heb ik ook wel koude toegepast. Dat doet ook goed dan.'* (V8)

In de literatuur (McCaffery, 1990) wordt het gebruik van ijs aangeraden bij kortdurende procedures als pijnlijke injecties of puncties. Op een dergelijke doelgerichte manier wordt door de geïnterviewden kou (nog) niet aangewend.

Warmte kan eveneens pijnverlichting geven (Francke, 1992; McCaffery, 1990). Soms wordt wel eens gewerkt met een kruik of een warme handdoek: wanneer bijvoorbeeld de buik gespannen is doordat na een operatie de darmperistaltiek nog niet goed op gang is gekomen.

Andere technieken waar warmte aan te pas komt (McCaffery, 1990), worden door de geïnterviewden niet gebruikt.

EENVOUDIGE, ALLEDAAGSE INTERVENTIES

Iemand prettig installeren in bed, iemand kleine porties eten geven, zorgen voor een speciale matras etcetera, kunnen soms (ergere) pijn voorkomen. Dergelijke maatregelen worden door enkele geïnterviewden genoemd als een belangrijk onderdeel van de verpleegkundige pijnbestrijding.

V.: *'Dat een patiënt gewoon in een prettige houding in bed zit of ligt, of hoe dan ook. In ieder geval dat die het prettig heeft in bed en dat kun je doen door allerlei zaken aangenaam te maken, decubitis voorkomen, luchtbed geven, dat soort dingetjes.'* (V22)

V.: *'Ja kijk, kom je op een kamer en zie je iemand een beetje in de kreukels liggen, dan zal je altijd optillen en lekker in de kussens zetten en wat steun geven.'* (V12)

COMMUNICATIE MET BETROKKENEN

Een goede communicatie tussen verpleegkundigen, artsen, de patiënt en zijn familie is in het kader van pijnbestrijding van belang. De verpleegkundige heeft daarbij een coördinerende en intermediërende rol. Helaas ervaren veel verpleegkundigen met name de communicatie met artsen vaak als moeizaam en weinig congruent.

V.: *'De ene dag is het zus, de andere dag komt er weer een andere en zegt weer het is zo. En daarin moeten we steeds zitten schipperen.'* (V8)

v.: 'De een zegt geef het maar om de vier uur de ander zegt weer om de zes uur, en die zegt geef maar 10 mg, en die zegt geef maar 15 mg. (...) En ja wij doen gewoon wat er opgedragen wordt. En wij vinden ook wel vaak dat het om de vier à zes uur gegeven wordt. Klaar. (...) Maar wij krijgen de opdracht, en er staat nog steeds zondig op.' (V13)

BIJSCHOLING

In de inleiding werd al vermeld dat de inzichten uit de interviews zijn gebruikt voor de ontwikkeling van een bijscholingsprogramma over pijnbestrijding.

Drie belangrijke aspecten die mijns inziens in een dergelijke bijscholing aan bod moeten komen zijn: uitbreiden van kennis, uitbreiden van vaardigheden en delen van ervaringen.

Kennisuitbreiding kan worden gerealiseerd door de verpleegkundigen informatie te geven over wat een pijnanamnese is en hoe deze kan worden gebruikt en over de (bij)werkingen van pijnmedicatie.³

In het kader van de *uitbreiding van vaardigheden* kunnen verpleegkundigen bijvoorbeeld oefenen met een eenvoudige ontspanningstechniek. McCaffery en Beebe (1989) geven hiervoor veel praktische voorbeelden.

Het lijkt eveneens zinvol om vaardigheden op het gebied van informatieverstrekking en begeleiding uit te breiden. Bijvoorbeeld door verpleegkundigen te leren hoe men een patiënt niet alleen informatie over gebeurtenissen kan geven, maar ook over gewaarwordingen (wat zal een patiënt horen, voelen, zien of ruiken rondom de operatie?) en over wat een patiënt zelf kan doen om pijn te bestrijden.

Men kan tijdens een bijscholing ook bespreken hoe verpleegkundigen, zonder dat men altijd een kant-en-klare oplossing heeft, toch iets voor een patiënt kunnen betekenen. Dat het voor patiënten niet alleen belangrijk is *wat* men zegt, maar ook *hoe* men iets zegt. Dit kan mogelijk het gevoel van onmacht dat verpleegkundigen soms hebben bij mensen met erge pijn (zie ook Clements en Cummings, 1991) verminderen.

Hoewel het *delen van ervaringen* in veel bijscholingen niet aan bod komt, is dit eveneens essentieel. Juist omdat het zinvol is om te horen of verpleegkundigen met het geleerde iets kunnen in hun werk en omdat verpleegkundigen soms kampen met onmachtgevoelens of moeizame communicatie (bijvoorbeeld met artsen). Voor het delen van ervaringen, is op de werkvloer

soms geen tijd of ruimte. Wanneer tijdens een bijscholing daarvoor wel mogelijkheden worden gecreëerd, kan dit verhelderend werken en opluchting geven. ■

Literatuur

Bosch, C.F.M. De Grounded theory benadering in een onderzoek op psycho-geriatrische verpleegafdelingen. In: Francke, A.L. (red.) *Kwalitatief onderzoek in de verpleegkunde*. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1990.

Clements, S., S. Cummings. Helplessness and powerlessness: caring for clients in pain. *Holistic Nursing Practice*, 6, 1, 1991, 76 - 85.

Dalton, J.A. Nurses' perceptions of their pain assessment skills, pain management practices, and attitudes toward pain. *Oncology Nursing Forum*, 16, 2, 1989, 225 - 231.

Eijnsbergen, van A. Operatiepatiënt krijgt heft in eigen handen. *Monitor*, 41, 1990, 4 - 5.

Francke, A.L. Participeren en observeren op oncologische afdelingen. In: Francke, A.L. (red.) *Kwalitatief onderzoek in de verpleegkunde*. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1990.

Francke, A.L. Verpleegkundige interventies bij pijn; inhoud en effecten. *Pijninformatarium*. Samson Stafleu, 1992.

Graaf, T. de, A.M. Eliens. Verpleegkundig handelen. De verpleegkundige als factor binnen het helend klimaat. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 12, 1990, 389 - 391.

Grypdonck, M. Voorbereiding van volwassen patiënten op chirurgische ingrepen. *Verpleegkunde. Nederlands-Vlaams Wetensch. Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 3, 4, 1989, 171 - 186.

McCaffery, M., A. Beebe. *Pain. Clinical Manual for Nursing Practice*. St. Louis-Baltimore-Philadelphia-Toronto, C.V. Mosby Company, 1989.

McCaffery, M. Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *Intern. Journal of Nursing Studies*, 27, 1, 1990, 15.

Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn. Brochure *Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker*, 1990.

Nightingale, F. *Notes on Nursing*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1859.

Strauss, A., J. Corbin. *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Sage publications, 1990.

Noten

1. Uiteraard kunnen patiënten motieven hebben om pijnmedicatie te weigeren die niet in de categorie juist of onjuist vallen. Zo komt het voor dat patiënten opiaten weigeren omdat zij liever pijn lijden dan last hebben van slaperigheid of sufheid.

2. Onmacht kan tot gevolg hebben dat een verpleegkundige zich afkeert van een patiënt of de pijn ontkent. Hoewel dat in de interviews niet duidelijk naar voren kwam, wijzen opmerkingen van enkele deelnemers aan de bijscholing wel in die richting. Toen het thema pijn aan bod kwam, plaatsten enkelen opmerkingen als: 'Ik vind mensen met pijn afschuwelijk' en 'Dat maken wij nooit mee op de afdeling'.

3. De handzame NVBP-brochure 'Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker' (1990) zou hiervoor als leidraad kunnen worden gebruikt. (Werkgroep Pijn en Pijnbestrijding, AZG).

In het volgende nummer van het TvZ wordt het NIVEL geportretteerd, het Nederlands Instituut voor Eerstelijnszorg.

In het artikel **Verzuim is niet ongrijpbaar** wordt beschreven wat leidinggevend binnen de eigen afdeling kun-

nen doen aan bestrijding van ziekteverzuim. Het gaat daarbij om een praktische, oplossingsgerichte aanpak.

Goed nieuws over slecht nieuws is de titel van een artikel van Mieke van Aalten, verpleegkundig teamleider, en

Binnenkort in TvZ

Han Samwel, psycho-energetisch therapeut. Het gaat over de psychosociale zorg aan oncologische patiënten op een longafdeling. ■