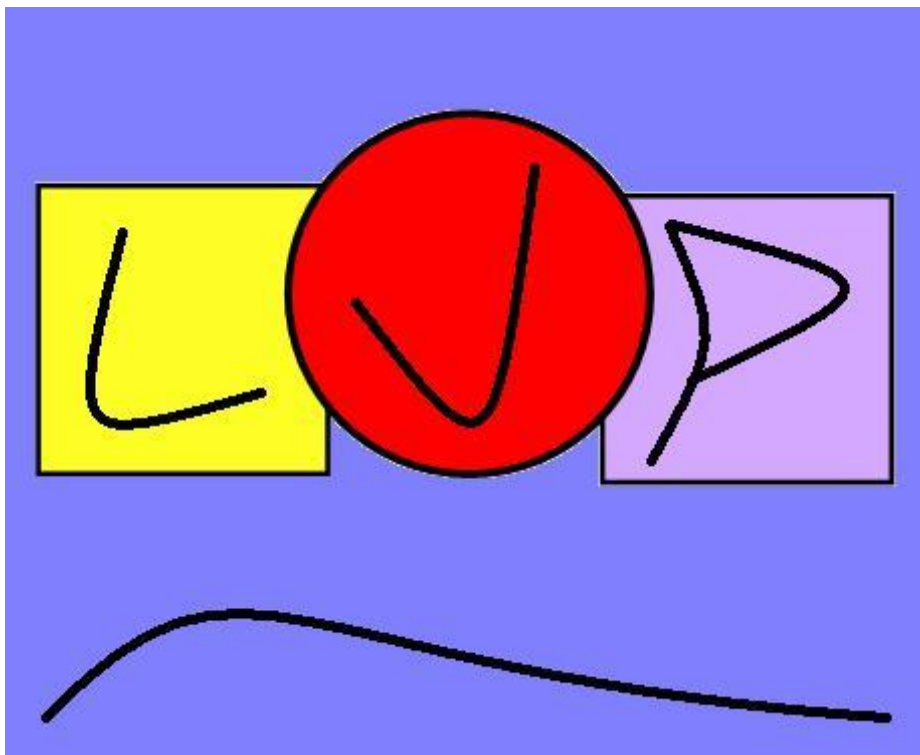


Curriculum

Pijn en onderwijs



Auteurs:

Rianne de Wit, hoogleraar Verplegingswetenschap Universiteit Maastricht

Marianne Kamphuis, docent HBOV Nijmegen

Sylvia Verhage, verpleegkundig specialist Oncologie Jeroen Bosch Ziekenhuis

April 2008

In opdracht van de Landelijke Vereniging voor Pijnverpleegkundigen

Voorwoord

Prof. Dr. Rianne de Wit

Pijn is een multidimensioneel en complex probleem. Vanwege de vele dimensies van pijn en omdat pijn verstrekkende gevolgen heeft op het dagelijks functioneren, is pijn een verschijnsel dat zorg vraagt voor de gehele mens. Verpleegkundigen zijn bij uitstek geschikt om deze zorg te verlenen. Verpleegkundigen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een verbeterde pijnbestrijding. Door de specifieke deskundigheid van de verpleegkundige en de constante en laagdrempelige relatie die zij met de patiënt heeft, is de verpleegkundige degene tot wie de patiënt zich bij uitstek kan richten. Het regelmatige contact met de patiënt geeft de verpleegkundige de unieke positie om te achterhalen in welke mate de patiënt pijn heeft, de pijn te beoordelen en de impact die de pijn heeft voor de patiënt en zijn familie en om pijnverlichtende interventies uit te voeren, alsmede de effectiviteit van de interventies te evalueren.

De verpleging is één van de kerndisciplines in de gezondheidszorg. In toenemende mate wordt een beroep gedaan op de verpleging om zorg te verlenen, die wat betreft de kwantiteit en kwaliteit steeds meer eisen stelt aan de verpleegkundige beroepsbeoefening.

Naast verpleeginhoudelijke ontwikkelingen, vragen maatschappelijke en technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg een voortdurende aanpassing van de verpleging. Naast de grotere nadruk die wordt gelegd op acute en postoperatieve pijnbestrijding is er ook sprake van een toename van het belang van het voorkomen van het chronisch worden van pijn, zorg voor chronische pijnpatiënten en palliatieve zorg. Er vindt steeds meer een verschuiving plaats van 'cure' naar 'care', waarbij verpleegkundigen een meer prominente "zorg op maat" rol gaan innemen.

Ten einde de rol van verpleegkundigen bij de behandeling en bestrijding van pijn te verbeteren, is deskundigheid van verpleegkundigen die patiënten met pijn verplegen en verzorgen noodzakelijk. Verpleegkundigen kunnen een centrale rol bij het beoordelen en bestrijden van pijn innemen door pijn te signaleren, goede voorlichting te geven en begeleiding, medicatie te verstrekken en te communiceren met anderen disciplines. De taken van de verpleging bij het bestrijden van pijn bestaan uit:

- (1) Het signaleren, observeren en beoordelen van de pijn;
- (2) Farmacologische en niet-farmacologische pijnbestrijding;
- (3) Het geven van advies, voorlichting, informatie en instructie aan de patiënt;
- (4) Communicatie met de patiënt over de pijnklacht; en
- (5) Coördinatie van zorg met andere disciplines die bij de zorg voor de patiënt met pijn zijn betrokken.

Om de rol van de verpleegkundige bij de behandeling en bestrijding van pijn te verbeteren, is het van belang dat verpleegkundigen kennis hebben hierover. Veranderingen in de beroepspraktijk maken wijzigingen in de opleiding voor verpleegkundigen noodzakelijk.

Onderzoek naar het curriculum met betrekking tot pijn in de HBO-verpleegkunde opleidingen in Nederland liet zien dat er een grote diversiteit is in het huidige pijnonderwijs. Bovendien is er sprake van een aantal leemtes.

In samenspraak met een vertegenwoordiging docenten van alle HBO-verpleegkunde opleidingen heeft de werkgroep onderwijs van de Landelijke Vereniging voor Pijnverpleegkundigen een pijncurriculum voor HBO-verpleegkunde studenten ontwikkeld. Dit pijncurriculum wil een leidraad zijn om de toekomstige 'gediplomeerd verpleegkundige' op een evoluerende beroepspraktijk voor te bereiden. In de opleiding verwerft de student de kennis om zich in de toekomst toe te kunnen passen en te voldoen aan de zorgvraag van patiënten. In de rol van zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar wordt aangegeven welke beroepscompetenties HBO-verpleegkunde studenten dienen te beheersen om die rollen in de praktijk te vervullen.

Om een optimale rol te vervullen bij de behandeling en bestrijding van pijn wordt in dit pijncurriculum aandacht besteed aan: (1) pijntheorieën en pijnmodellen; (2) pijnbeoordelingsinstrumenten; (3) pijndiagnosen; (4), farmacologische pijnbestrijding; en (5) niet-farmacologische pijnbestrijding. Daarnaast komen de verschillende gebieden binnen de pijnbestrijding aan bod: (1) acute en postoperatieve pijn, (2) chronische benigne pijn; (3) oncologische pijn en pijn in de palliatieve fase; (4) pijn bij kinderen; en (5) pijn bij ouderen.

Het succes van dit pijncurriculum hangt af van de mate waarin dit curriculum wordt geïmplementeerd in de opleidingen. Implementatie ervan zal leiden tot het verder professionaliseren van de beroepsgroep. Het hebben van pijn is ingrijpend voor bijna iedereen die het betreft. Verpleegkundige zorg kan deze zorg bevorderen.

Prof. Dr. Rianne de Wit
Hoogleraar Verplegingswetenschap
Universiteit Maastricht en academisch Ziekenhuis Maastricht

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	4
Deel A	8
1.1. Pijntheorieën en pijnmodellen.....	8
1.2. Pijnbeoordelingsinstrumenten.....	8
1.3. Pijndiagnosen	9
1.4. Farmacologische interventies	9
1.5. Niet-farmacologische pijnbestrijding	10
Deel B	11
2.1 Acute en postoperatieve pijn.....	11
2.2. Chronische benigne pijn	16
2.3 Oncologische pijn /pijn in de palliatieve fase.....	21
Literatuur	26

Inleiding

In opdracht van de **Landelijke Vereniging voor Pijnverpleegkundigen** is een basisdocument ontwikkeld met als doel het onderwerp pijn¹ in de brede context van het woord in te passen in het onderwijscurriculum van de HBOV.

De aanleiding van dit project is gelegen in het feit dat de kwaliteit van de pijnbestrijding nogal te wensen over liet. Hoewel falende pijnbestrijding deels is te wijten aan het inadequaate voorschrijfbeleid van artsen, is ook het verstrekken van pijnstillers door verpleegkundigen van grote invloed op de kwaliteit van de pijnbestrijding. De verpleegkundige invloed blijkt vele malen groter te zijn dan verpleegkundigen vaak zelf denken. Bij het al dan niet verstrekken spelen diverse problemen een rol. Genoemd kunnen worden:

- Verpleegkundigen weten niet welke patiënten pijn hebben
- Schatten niet altijd de ernst van de pijn op de juiste wijze in
- Documenteren weinig over pijn in het verpleegkundig dossier
- Gaan niet adequaat om met farmacologische pijnbestrijdingsmethoden
- Passen nauwelijks niet-farmacologische pijnbestrijding toe
- Geven onvoldoende informatie, instructie en voorlichting aan de patiënt (De Rond et al, 1999)

Een werkgroep, geïnstalleerd in 2002, bestaande uit docenten van de Hoge Scholen en verpleegkundigen uit het werkveld, heeft een uitgebreide inventarisatie bij 19 HBOV's in Nederland, gedaan. De werkgroep heeft gekeken naar: doelstellingen, werkvormen, literatuur, eindtermen en kerncompetenties.

Een van de conclusies was dat er veel hiaten zijn op bovengenoemde punten.

In het vervolgtraject is gekozen om volgens een format alle verschillende soorten pijn uit te werken. Het doel is een uniform landelijk onderwijsstuk aan te bieden, dat elke HBOV kan gebruiken om in te passen in zijn curriculum. De werkgroep is van mening dat dit ten goede komt aan het kennisniveau wat nodig is om als startbekwame verpleegkundige te kunnen functioneren in de huidige beroepspraktijk.

De HBOV-opleiding kent eindtermen die in 1996 op nationaal niveau zijn vastgesteld. (commissie Kwalificatiestructuur, 1996). De eindtermen zijn gevolgd door het eveneens landelijk vaststellen van rollen en kerncompetenties (Pool, 2000). Deze zijn voor de inrichting van het onderwijsprogramma richtinggevend. Als verpleegkundige kan men verschillende rollen vervullen, waarbij de meest belangrijke rol die van zorgverlener betreft. Direct daaraan gekoppeld is veelal de rol van regisseur, omdat het zorgverleningsproces moet worden gecoördineerd en de zorgvrager moet worden begeleid in de instelling, poliklinisch en in de thuissituatie. Maar ook de andere rollen: ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar zijn van belang, omdat verpleegkundigen geacht worden nieuwe methoden te ontwerpen en het vak verder te ontwikkelen. Binnen het middelbaar en hoger beroepsonderwijs krijgt **het competentiegerichte leren** op dit moment steeds meer aandacht. Veel explicieter dan voorheen neemt het competentiegerichte onderwijsconcept de beroepspraktijk, uitgewerkt in beroepstaken, als uitgangspunt. Niet de verschillende vakinhouden, maar competenties (kwaliteiten) waarover de beroepsbeoefenaar moet beschikken om in de beroepspraktijk te kunnen functioneren, vormen de rode draad door de gehele opleiding.

¹ Soorten pijn: acute en post-operatieve pijn /chronische benigne pijn /oncologische pijn / neuropathische pijn in de palliatieve fase.

Competentiegericht onderwijs is pas werkelijk effectief wanneer de student de competenties ontwikkelt en traint in een realistische context. Een beroepstaak kun je beschouwen als een taak die in zijn totaliteit moet worden uitgevoerd. De meeste beroepstaken doen een beroep op meerdere competenties tegelijk.

Iedere competentie heeft een theoretisch deel en een praktisch deel. De **6 beroepstaken van de HBOV** (voorbeeld Nijmegen) met bijbehorende competenties en rollen zijn in onderstaand schema weergegeven.

	beroepstaak	kerncompetenties
beroepstaak 1	<p>Het verlenen van verpleegkundige zorg en de coördinatie van de uitvoering daarvan in verschillende settings, bij verschillende zorgcategorieën en verschillende mate van complexiteit.</p> <p>Domein: Zorg Rol: zorgverlener-regisseur</p>	<p>1. Om de last van zieke, handicap of sterven te verlichten verleent de HBO-verpleegkundige op een professionele manier verpleegkundige zorg op menselijke maat</p> <p>3. Om een gezonde leefstijl bij patiënten en hun familieleden te bevorderen geeft de hbo-verpleegkundige op basis van een programmatische aanpak informatie, voorlichting en advies aan individuen en groepen</p> <p>4. Om de zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op het welzijn van de zorgvrager coördineert de HBO- verpleegkundige de zorg.</p>
beroepstaak 2	<p>GVO en Preventie Op een inhoudelijke en methodische verantwoorde wijze een doelgroepgerichte preventieve interventie opzetten, uitvoeren, de uitvoering coördineren en evalueren.</p> <p>Domein: Zorg Rol: zorgverlener-regisseur</p>	<p>2. Om risico's voor gezondheid en complicaties van onderzoek of behandeling te verminderen, past de HBO-verpleegkundige primaire, secundaire en tertiaire preventie toe.</p> <p>3. Om een gezonde leefstijl bij patiënten en hun familieleden te bevorderen geeft de HBO-verpleegkundige op basis van een programmatische aanpak informatie, voorlichting en advies aan individuen en groepen.</p> <p>5. Om te zorgen dat de doelen van een preventieprogramma worden gerealiseerd, coördineert de HBO-verpleegkundige de afgesproken activiteiten.</p>

Beroepstaak 3	Het ontwikkelen van zorgbeleid Een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van verpleeg- en zorgbeleid in verschillende settings ten behoeve van verschillende patiëntencategorieën. Domein: organisatie van Zorg Rol: ontwerper	6. Om de verpleegkundige deskundigheid te waarborgen in de integrale aanpak van zorg, behandeling en voorlichting, werkt de HBO-verpleegkundige mee aan de ontwikkeling en vaststelling van nieuwe zorgprogramma's. 7. Om de zorgverlening op de afdeling zo efficiënt, effectief en goed mogelijk te laten verlopen, levert de HBO-verpleegkundige een bijdrage aan het tot stand komen van het verpleegbeleid.
Beroepstaak 4	Participeren in kwaliteitszorgsystemen. Domein: Organisatie van Zorg Rol: ontwerper-beroepsbeoefenaar	8. Om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te waarborgen participeert de HBO-verpleegkundig in het ontwerpen van kwaliteitszorg (systeem) op afdelingsniveau..
Beroepstaak 5	Leiding en begeleiding geven. Domein: Organisatie van Zorg Rol: coach	9. Om de doelen van het verpleegbeleid en de zorgprogramma's te realiseren kan de HBO-verpleegkundige andere verpleegkundigen en verzorgenden helpen en steunen bij het uitvoeren van de vastgestelde taken en functies. 10. Om stagiaires en collega-verpleegkundigen en verzorgenden te steunen in hun professionele identiteit, staat de HBO-verpleegkundige de collega met raad en daad terzijde.
Beroepstaak 6	Het ontwikkelen van het beroep. Domein: Beroep Rol: beroepsbeoefenaar	11. Om het beroep van verpleegkundige te ontwikkelen tot een professie die aansluit bij maatschappelijke ontwikkelingen van de eenentwintste eeuw, vervult de HBO-verpleegkundige een actieve rol in de vernieuwing van het beroep en het bevorderen van het beroepsbewustzijn. 12. Om de kwaliteit van het verpleegkundig beroep op het vereiste peil te houden zodat het kan voldoen aan de maatschappelijke criteria, werkt de HBO-verpleegkundige actief mee aan de bevordering van de deskundigheid van de beroepsgroep.

De student bekwaamt zich in de beroepstaken door deze op **verschillende niveaus** te oefenen:

- **Niveau 1** voor beginners (1^e leerjaar)
- **Niveau 2** voor gevorderden (2^e en 3^e leerjaar)
- **Niveau 3** voor startbekwaam (afstudeerjaar)

Om de HBO titel op bachelor niveau te mogen voeren hebben HBO instellingen zich te houden aan de zogenaamde **Dublin-descriptoren**:

1. Kennis en inzicht (knowledge and understanding)
2. Toepassen van kennis en inzicht (applying knowledge and understanding)
3. Oordeelsvorming (making judgments)
4. Communicatie (communication)
5. Leervaardigheden (learning skills)

In het Hoger Onderwijs wordt het van steeds groter belang dat de student zich actief opstelt ten einde zich de vaardigheden van het toekomstige beroep eigen te maken. Alhoewel een flinke dosis kennis daarbij erg belangrijk is, zal een verpleegkundige zich moeten realiseren dat kennis snel veroudert en dat zij voortdurend nieuwe ontwikkelingen zal moeten integreren in haar beroepsuitoefening. Het is van belang dat de verpleegkundige op basis van , indien aanwezig, wetenschappelijke inzichten haar beroepsmatig handelen leert verantwoorden: evidence based handelen. Evidence based omvat dan niet alleen de aspecten van wetenschappelijke kennis, maar ook positieve ervaringen opgedaan in de praktijk (best practices) en de specifieke wensen en behoeften van de individuele patiënt. Het is immers belangrijk aan te sluiten bij de belevingswereld van de patiënt.

Namens de Werkgroep Pijn en Onderwijs
6 november 2006:

Marianne Kamphuis, docent Verpleegkunde HBOV Nijmegen Kapittelweg 33
Postbus 6960 6503 GL Nijmegen
Sylvia Verhage, Verpleegkundig specialist Oncologie
Jeroen Bosch Ziekenhuis, locatie Carolus Postbus 1101 5200 BD 's-Hertogenbosch

Literatuur:

- Pool, A. C., Pool-Tromp, F. Veltman-van Vught, S. Vogel, (2000) *Met het oog op de Toekomst*. Beroepscompetenties van HBO- Verpleegkundigen; NIZW : Utrecht
- Commissie Kwalificatiestructuur (1996) *gekwificeerd voor de toekomst* : Ministerie van OC& W en ministerie van VWS: Zoetermeer/ Rijswijk
- Rond, M.E.J. de Dam, F.S.A.M. van, Wit, R. de, (1999) *de kennis en attitude van verpleegkundigen en artsen ten aanzien van pijn en pijnbestrijding*: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)
- Adriaansen, M, (2005) *Beroepsbeeld en Opleidingsprofiel van de HBO- Verpleegkundige Opleiding te Nijmegen*; interne publicatie Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Deel A

Algemeen

1.1. Pijntheorieën en pijnmodellen

Inleiding

De basis vormt de minimale kennis die aanwezig behoort te zijn om bekwaam, competentiegericht te kunnen handelen in de praktijk.

- Het kennen en begrijpen van definities, theorieën en modellen met betrekking tot pijn:
 - IASP
 - McCaffery
 - Poorttheorie van Melzack en Wall
 - Model van Loeser
 - Bio-psycho-sociale model

Werkvorm

hoorcollege /studietaak

1.2 Pijnbeoordelingsinstrumenten

Om de last van pijn bij de patiënt te verlichten, kan de verpleegkundige op een professioneel verantwoorde wijze unidimensionele pijnmeetinstrumenten noemen en toepassen, een pijnanamnese afnemen en op grond hiervan verpleegkundige diagnoses, gerelateerd aan pijn, opstellen. De pijnanamnese wordt afgenomen als de patiënt pijn aangeeft en /of pijnmedicatie gebruikt. Tevens wordt gestart met tweemaal daags pijn meten, in de ochtend en avond op een vast tijdstip met behulp van een unidimensioneel meetinstrument n.l. een pijnscore.

Het kennen en gebruiken van unidimensionele pijnmeetinstrumenten (zoals Numerieke Rating schaal, Visueel Analoge schaal, gezichtenschaal) en multidimensionele pijnmeetinstrumenten (zoals McGill Pain Questionnaire).

- 1- 2 instrumenten noemen die toegepast kunnen worden bij specifieke patiëntengroepen, zoals kinderen en ouderen.
- Voor het gebruik van een (multidimensioneel) pijnmeetinstrument.
- Gebruik maken van pijnmeetinstrumenten bij het dagelijks monitoren van pijn (zoals pijndagboek, pijnscore op temperatuurlijst).
- Verslagleggen van pijnintensiteit op temperatuurlijst en multidimensionele aspecten van pijn in verpleegdossier.
- Het kunnen gebruiken van een pijnanamneseformulier (Landelijke Vereniging voor pijnverpleegkundigen)
- Het kennen en gebruiken van pijnbeoordelingsinstrumenten voor kinderen (zoals Pokis Premature Infant Pain Profile (PIPP), een pijnscore voor premature pasgeborenen, de Comfortschaal, de Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), een pijnscore voor pasgeborenen, de Oucher, de Childrens Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (Cheops, een postoperatieve pijnscore) en de gezichtenschaal Smiley Analogue Scale (SAS) voor kinderen van 4 tot 8. Vanaf 8 jaar de VAS (Visual analogue scale).

Literatuur:

- Carpenito, LJ (1998) *Zakboek verpleegkundige diagnoses*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Gordon M (1995). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1995-1996*. Utrecht: Lemma.
- *Landelijke pijnanamnese*, Landelijk Verpleegkundig Pijnnetwerk.
- McFarelend, GK, McFarlane EA (1997). *Nursing diagnosis and interventions. Planning for patient care* St. Louis: Mosby.
- Rond, M de, Dam, F van, Wit, R de, Barkmeijer, G (1998). *Pijn van nul tot tien: handleiding voor implementatie van pijnregistratie* Integraal Kankercentrum Amsterdam
- Wit, R de, Rond, MEJ de. De pijn kun je dat wel meten? *Verpleegkundig Nieuws* (2000) 09 03 2000, p 26-29.
- Zorg voor de chirurgische cliënt, *Werkcahier. Verpleegkundig handelen bij cliënten met pijn* Bohn Stafleu van Loghum
- De Jong, M.a.(2005) *Zakboek Kinderverpleegkunde*. Bohn Stafleu van Loghum

1.3 Pijndiagnosen

- Het beschrijven van welke oorzakelijke /beïnvloedende factoren er zijn, gericht op pijn:
 - de ziekte / aandoening
 - de behandeling
 - de omgeving
 - persoon
- Het kunnen beschrijven van verpleegkundige diagnoses gericht op pijn, bestaande uit een beschrijving van het probleem (P), de etiologie (oorzaak /beïnvloedende factoren) (E) en de signs en symptoms (objectieve en subjectieve observaties) (S) (Carpenito).
Tenminste drie verpleegkundige diagnoses gericht op pijn kunnen benoemen te weten Ongemak, acute Pijn en Chronische Pijn

Literatuur

- Carpenito, LJ (1998). *Zakboek verpleegkundige diagnoses*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Gordon, M (1995). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1995-1996* Utrecht: Lemma.
- Carpenito, L.A, (2000), *Nursing Diagnoses, application to Clinical Practis:* Lippencott Eighth Edition .

1.4 Farmacologische interventies

Bij het pro-actief aanbieden van farmacologische interventies in de verpleegkundige zorg door een HBOV-verpleegkundige gaat het om:

- het kennen van de inhoud van de WHO-analgetische ladder
- het kennen van de stof en merknamen, dosering, eigenschappen, indicatie, contra-indicatie, werking / bijwerking, toedieningsvormen en farmacokinetiek van pijnmedicatie zoals paracetamol, NSAID's, opioïden en adjuvante therapie.

- het kennen van de werking en bijwerking van invasieve technieken, zoals intrathecale en epidurale toediening van medicatie en perifere zenuwblokkades.
- het kunnen opzoeken van relevante informatie t.a.v. onbekende medicatie in een Farmacotherapeutische kompas of Repertorium of Geneesmiddelenboek voor Verpleegkundigen.
- het kunnen toedienen van medicatie.(voor zover toegestaan). Alle toegangswegen aan de orde stellen.
- het herkennen van vooroordelen en knelpunten ten aanzien van pijnmedicatie, zoals verslaving, afhankelijkheid, gewenning, ademhalingsdepressie en maximale dosering en hier op een adequate manier mee omgaan
- het kunnen geven van informatie en voorlichting ten aanzien van het gebruik van medicatie teneinde therapietrouw te bevorderen.
- het kunnen inspelen op misverstanden om therapietrouw bij de patiënt te bevorderen.

Literatuur

- *Farmacotherapeutisch kompas*
- *Repertorium*
- Enting, RA, Rijt, CCD van der, Willems EB, Lieverse, PJ, Wit, R de, Sillevius Smitt, PAE. Behandeling van pijn bij kanker met systemisch toegediende opioïden. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde* 2001; 145:950-954.
- Wit, R. de. Farmacologische pijnbestrijding. *Verpleegkunde Nieuws*, afl. 5, 2000, 9:30-33.

Werkvorm

Hoorcollege /studietaak /simulatie patiëntencontact /practicum verpleegtechnische vaardigheden.

1.5 Niet-farmacologische pijnbestrijding

- Het kennen van bestaande niet-farmacologische interventies volgens de CBO-richtlijn verpleegkunde bij pijn, zoals:
 - afleidingsmethoden
 - ontspanningstechnieken
 - koude- en warmtetoepassing
 - rust en aandacht
 - humor
 - psychosociale interventies
 - massage
 - muziek
- Het kunnen toepassen van niet-farmacologische interventies, behoudens Tens
- Beargumenteerde afwegingen maken t.a.v. de keuze voor de te gebruiken niet-farmacologische interventies

Werkvorm

Hoorcollege / practicum

Deel B

In dit deel is gekeken hoe kerncompetenties geoperationaliseerd er uit zouden moeten zien bij verschillende soorten pijn. Het systeem van procesmatig werken is hierbij toegepast.

Er moet rekening gehouden worden dat meerdere rollen worden beoefend in de beschrijving van de competenties, zie inleiding. Het is aan de opleiding te bepalen hoe dit stuk in hun curriculum wordt geïntegreerd.

Differentiatie

2.1 Acute en postoperatieve pijn

Inleiding

Onderscheid maken tussen het optreden van pijn postoperatief /pijn bij diagnostische technieken (te verwachten pijn) /pijn bij invasieve technieken.

Aandacht voor de cirkel van Loeser. Eventuele problemen doen zich voor bij de nociceptie en de pijngewaarwording. De pijn wordt veroorzaakt door weefselschade, dus de 2 binnenste cirkels staan op de voorgrond. Belangrijk is na te gaan wat de oorzaak is van de pijn. Waar zit de pijn in het lichaam en is deze pijn gerelateerd aan de operatie of heeft de pijn te maken met een verkeerde bedhouding (voorbeeld: zit de voet van de patiënt tussen het bedrek of is er sprake van knellend gips?).

Wanneer treedt de pijn op en heeft dat een relatie met ademen, doorbewegen of ophoesten. Het gaat erom dat pijnmeten in rust niet relevant is. Het risico op chronisering van pijn moet worden verkleind.

Prestatie-indicatoren postoperatieve pijn voor de ziekenhuizen onderschrijven het belang te weten:

7.1 Indicator pijnbeleid bij postoperatieve patiënten:

- deelvragen: beschikt U over een ziekenhuisbreed pijnprotocol?
- Beschikt u over en acute pijnservice?

7.2 Indicator:Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend?

7.3 Indicator: Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na de operatie

Domein Zorg

HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Zoveel mogelijk gebaseerd op verpleegkundige evidence based practice en met behulp van pijnmeetinstrumenten vaststellen van de pijnintensiteit zoals de patiënt deze ervaart bij acute en postoperatieve patiënten.

Toelichting

Om pijn vast te stellen moet de verpleegkundige bekend zijn met verschijnselen die vaak of regelmatig aanwezig zijn bij de patiënt met acute pijn, voortkomend uit verstoorde gezondheidspatronen. De pijn moet worden vastgesteld op basis van pijn

bij rust, pijn bij bewegen, pijn bij doorademen, etc. De verpleegkundige waarnemingen moeten overeenkomen met de verpleegkundige diagnose acute pijn = een sterk onaangename gewaarwording die één seconde tot nog geen zes maanden duurt (zie diagnose acute pijn, Carpenito). Tevens kan de overkoepelende diagnose Ongemak aan de orde zijn.

De verpleegkundige moet kennis hebben van de Visuele Analoge Schaal (VAS) of de Numerieke Beoordelingsschaal (NRS) en moet dit toe kunnen passen in de praktijk. Tevens moet de verpleegkundige de uitkomsten kunnen registreren in grafiekvorm. Het lezen van actuele onderzoeksliteratuur /bestaande protocollen en richtlijnen t.a.v. de valkuilen die voorkomen bij het vaststellen van pijn is een belangrijke voorwaarde. De patiënt moet weten wat het belang is van effectieve behandeling n.l. voorkomen van complicaties en voorspoedig herstel.

Bij

het vaststellen van acute en postoperatieve pijn
gaat het om

Nummer	Tekst
1	verbale uiting van pijn
2	non-verbale uiting van pijn
3	vegetatieve fysiologische reacties (verandering bloeddruk, transpireren, verandering polsfrequentie en pupilgrootte)
4	minder actief zijn, verminderde eetlust, gewichtsverlies
5	vernauwd aandachtsveld
6	veranderde lichaamshouding, bescherming en /of vasthouden van pijnlijk lichaamsdeel
7	veranderde psychische gesteldheid (angst, depressie, boosheid)
8	verstoord slaappatroon, vermoeidheid
9	gedrag dat aandacht op pijn richt (rusteloosheid, huilen)
10	veranderde spierspanning, spierkrampen
11	gedrag dat aandacht van pijn afleidt
12	effect van pijnmedicatie vaststellen op vastgestelde tijden
13	doorvragen met betrekking tot foutieve denkbeelden, misverstanden ten aanzien van pijn die bij de patiënt leven

zodat

de patiënt geen onnodige pijn lijdt (VAS < of gelijk aan 4). Er is sprake van acceptabele pijn als naast het cijfer van 4 ook blijkt dat de patiënt kan doorademen, ophoesten en bewegen.

Competentie

Het vaststellen van het beoogde resultaat bij de acute /postoperatieve patiënt met pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

De beoogde resultaten liggen afhankelijk van de oorzaak op het gebied van voorkomen en /of het gebied van het verlichten van de pijn. De doelstellingen van de interventies tegen pijn zijn erop gericht dat de patiënt zicht krijgt welke factoren de pijn verergeren en welke factoren de pijn verminderen. Belangrijk is dat de patiënt zich serieus genomen voelt.

Toelichting

Bij het bepalen van de beoogde resultaten moet rekening gehouden worden met:

- persoonskenmerken
- fase van de ziekte en / of de behandeling
- aard van de behandeling
- lichamelijke conditie
- patroon van denken en waarneming
- emotionele status
- angst en boosheid
- acceptatie /inzicht in eigen mogelijkheden
- de betekenis van pijn voor de patiënt
- sociale context
- culturele invloeden
- religie
- opvoeding (opvattingen zoals: niet zeuren maar doen en niet klagen maar dragen)
- psychologische factoren, zoals: moedeloosheid, depressie of ontkenning van pijn)
- therapietrouw

Bij

het bepalen van het beoogde resultaat gericht op acute en postoperatieve pijn

gaat het om

Nummer	Tekst
1	De verpleegkundige vraagt na of patiënt acceptabele pijn ervaart of de pijn op een aanvaardbaar niveau ervaart
2	De verpleegkundige vraagt na of patiënt volledig en tijdig veranderingen in de pijn aangeeft
3	De verpleegkundige vraagt na of patiënt maatregelen toepast om het ontstaan van pijn of exacerbatie van bestaande pijn te voorkomen. De pijn is onvermijdelijk , maar aan de verergerende factoren kan iets worden gedaan
4	De verpleegkundige vraagt na of patiënt maatregelen toepast om zijn pijnbeleving te beïnvloeden
5	De verpleegkundige vult kennis aan waar deze ontbreekt

zodat

bij het formuleren van het beoogde resultaat rekening gehouden wordt met de individuele patiënt en zijn mogelijkheden. De relatie tussen operatietechnieken, de te verwachten intensiteit en locatie van de pijn alsmede de mogelijke complicaties hiervan en de reacties die dat kan veroorzaken op de fysieke mens moeten daarbij in de gaten gehouden worden.

a) Competentie

Het toepassen van verpleegkundige interventies bij de acute /postoperatieve patiënt met pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Het verlichten van pijn tot een voor de patiënt aanvaardbaar niveau (pijnscore is gelijk of < 4).

Toelichting

Het is belangrijk dat de patiënt de pijnbehandeling begrijpt. Voorlichting over de te verwachten pijn en de pijnbehandeling maakt dat de patiënt minder angstig is. Daarnaast is het van belang dat er informatie gegeven wordt over pijn meten en registreren.

Pijnbehandeling vereist een multidimensionele benadering. Patiënt bewust en vertrouwd maken met de behandeling en de wijze waarop hij daar aan kan bijdragen. Een rustige comfortabele omgeving kan pijn voorkomen en versterkt het effect van de pijnmedicatie. Ontspanningstechnieken verminderen angst en zorgen voor ontspannen spieren, waardoor pijn minder intens wordt ervaren. Afleiding zorgt voor een verminderde waarneming van de pijn, waardoor de pijnbeleving positief beïnvloed wordt.

Bij

het toepassen van verpleegkundige interventies om acute en postoperatieve pijn te reduceren

gaat het om

Nummer	Tekst
1	activiteiten bij pijnbehandeling: voorlichting over pijnmedicatie (frequentie, werking, bijwerking), pijn serieus nemen, bespreek hoe pijn toe of af kan nemen
2	voorlichting en toepassing pijnbehandeling: invasieve technieken zoals: epidurale postoperatieve pijnbestrijding en het gebruik maken van een pca pomp
3	regulering van de omgeving: comfort
4	ontspanningstechnieken toepassen
5	afleiding toepassen
6	toepassen van warmte of koude

zodat

de pijnscore voor de patiënt tot een draaglijk niveau is gebracht (VAS < of gelijk aan 4).

b) Competentie

Het evalueren van resultaten bij de acute /postoperatieve patiënt met pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Het evalueren van resultaten om te kijken of het beoogd verpleegkundig resultaat is bereikt en de verpleegkundige interventies voldoende effect hebben gehad.

Toelichting

Het evalueren van resultaten is gericht op pijn en pijnbeleving (mate van verbaal en non-verbaal geuite pijn), pijnbestrijdinggedrag (mate waarin iemand zelf acties onderneemt om zijn pijn te verminderen) en comfort (mate van lichamenlijk en geestelijk welbevinden).

De verpleegkundige moet nagaan of het beoogd resultaat is bereikt. Dit is afhankelijk van de plaats waar de patiënt verblijft (IC of afdeling) en de ingestelde interventie, doch postoperatief meerdere malen per uur rekening houdend met de inwerktijd van medicatie. Uitkomsten worden geregistreerd in het verpleegkundig dossier. De pijnintensiteit wordt uitgezet in een grafiek. De controles worden afgebouwd op geleide van de pijn, maar de eerste dagen postoperatief minstens 2 x per dienst.

Bij

het evalueren van beoogde resultaten van pijn en pijnbeleving

gaat het om

Nummer	Tekst
1	verbale uitingen van pijn
2	frequentie van pijn
3	duur van de pijnaanvallen is de pijn nociceptief van aard of neuropathisch? Te denken aan doorbraakpijn en pijnscheuten. Belangrijk is onderscheid te maken tussen acute en postoperatieve pijn. Bij postoperatieve pijn komen pijnaanvallen niet voor.
4	non-verbale uitingen van pijn (gelaatsuitdrukkingen, beschermende lichaamshouding)
5	verandering in vegetatieve fysiologische reacties
6	spierspanning
7	pijn in rust /beweging

zodat

de pijn voor de patiënt tot een draaglijk niveau is gebracht. Uitgangspunt is de uitkomst van de pijnscore. Deze moet gelijk of lager zijn dan 4 op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 geen pijn is en 10 de meest ondraaglijke pijn. Deze moet zowel bij rust als mobiliseren acceptabel voor de patiënt zijn.

Bij

het evalueren van beoogde resultaten van het pijnbestrijdingbeleid

gaat het om

Nummer	Tekst
1	De verpleegkundige kent de factoren, die van invloed zijn op het ontstaan van acute en postoperatieve pijn
2	De verpleegkundige neemt preventieve maatregelen ter voorkoming van en reductie van acute pijnklachten
3	De verpleegkundige verricht niet-farmacologische pijnbestrijdingstechnieken, zoals ontspanning en afleiding, het bevorderen van comfort en rust, het toepassen van massage, van warmte en koude
4	De verpleegkundige kent en gebruikt pijnstillers op juiste wijze. Is op de hoogte van de bijwerkingen en weet daar adequaat op te handelen
6	De verpleegkundige schakelt naar aanleiding van waarschuwingssignalen andere zorgverleners in
6	De verpleegkundige rapporteert de symptomen van de patiënt
7	De verpleegkundige herkent symptomen gerelateerd aan pijn

zodat

de pijn voor de patiënt tot een draaglijk niveau is teruggebracht en geen belemmerende factoren aanwezig zijn voor herstel.

Bij

het evalueren van beoogde resultaten van comfort
gaat het om

Nummer	Tekst
1	Geuit lichamelijk welbevinden
2	Geuit geestelijk welbevinden
3	Geuite tevredenheid over de bestrijding van pijn

zodat

de pijn voor de patiënt tot een draaglijk niveau is gebracht (VAS < of gelijk aan 4).

2.2. Chronische benigne pijn

Inleiding

Onderscheid maken tussen acute en chronische pijn.

Aandacht voor de cirkel van Loeser. Te weten nociceptie, pijngewaarwording, pijnbeleving en pijngedrag. De relatie met weefselschade is nagenoeg verdwenen en pijnbeleving en pijngedrag staan op de voorgrond.

Domein Zorg

a) Competentie

Het vaststellen van pijn bij de patiënt met chronische benigne pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Zo mogelijk, gebaseerd op verpleegkundige evidence based diagnostiek en met behulp van pijnmeetinstrumenten, pijn vaststellen bij de patiënt met chronische benigne pijn.

Toelichting

Om pijn vast te stellen moet de verpleegkundige bekend zijn met verschijnselen, die vaak of regelmatig aanwezig zijn bij een patiënt met chronische benigne pijn, voortkomend uit verstoorde gezondheidspatronen. De pijn wordt vastgesteld aan de hand van pijnbeoordelingsinstrumenten, zoals reeds beschreven. Maak gebruik van de landelijke pijnanamnese. De verpleegkundige waarnemingen moeten overeenkomen met de verpleegkundige diagnose chronische pijn = aanhoudende of intermitterende sterk onaangename gewaarwording die langer dan zes maanden duurt (zie diagnose chronische pijn, Carpenito)

Daarnaast moet de verpleegkundige kennis hebben van de Visuele Analoge Schaal (VAS) of de Numerieke Beoordelingsschaal (NRS) en moet dit toe kunnen passen in de praktijk. Rekening houdend met kinderen en ouderen. De uitkomsten moeten geregistreerd worden in een grafiek of rapportage. Het lezen van actuele onderzoeksliteratuur /bestaande protocollen en richtlijnen t.a.v. de valkuilen die voorkomen bij het vaststellen van pijn, is een belangrijke voorwaarde. Meerdere pijnbeoordelingsinstrumenten moeten kunnen worden benoemd, zoals eerder ook vermeld.

Bij

het vaststellen van chronische benigne pijn

gaat het om

Nummer	Tekst
1	verbale uiting van pijn langer dan zes maanden aanwezig
2	non-verbale uiting van pijn: wrijven over pijnlijk deel, verslagen blik, verhoogde spierspanning op elkaar geklemde kaken, gebalde vuisten, kreunen.
3	verstoring van sociale en familierelaties
4	prikkelbaar zijn
5	lichamelijke inactiviteit of immobiliteit
6	depressie
7	angst
8	op zichzelf gericht zijn
9	lichamelijk gepreoccupeerd zijn
10	geagiteerd, opgewonden zijn
11	vermoeidheid
12	verminderd libido
13	rusteloosheid

zodat

de patiënt geen pijn lijdt of de pijnscore acceptabel is (VAS < of gelijk aan 4). De pijnintensiteit staat niet centraal, maar kwaliteit van leven staat centraal. Het streven van een VAS < of gelijk aan 4 zal bij meerdere chronische pijnpatiënten niet reëel zijn. De patiënt zal moeten leren om met zijn pijn om te gaan.

b) Competentie

Het vaststellen van het beoogde resultaat bij de patiënt met chronisch benigne pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

De beoogde resultaten zijn afhankelijk van de oorzaak op het gebied van het verlichten van de pijn. De doelstellingen van de interventies tegen pijn zijn erop gericht dat de patiënt zicht krijgt op welke factoren de pijn verergeren en welke interventies deze doen verminderen. De patiënt moet zich serieus genomen voelen. De patiënt past interventiemethoden toe om de pijn te beheersen en /of te verlichten.

Toelichting

Bij het bepalen van de beoogde resultaten moet de verpleegkundige rekening houden met:

- persoonskenmerken
- fase van de ziekte en de behandeling
- aard van de behandeling
- lichamelijke conditie
- patroon van denken en waarneming
- emotionele status
- angst en boosheid
- acceptatie /inzicht in eigen mogelijkheden

- de betekenis van pijn voor de patiënt
- sociale context
- culturele invloeden
- religie
- opvoeding (opvattingen zoals: niet zeuren maar doen en niet klagen maar dragen)
- psychologische factoren, zoals: moedeloosheid, depressie of ontkenning van pijn)
- therapietrouw
- coping

Bij

het bepalen van het beoogde resultaat gericht op chronische benigne pijn

gaat het erom

Nummer	Tekst
1	De verpleegkundige signaleert de ernst van de pijn en de mate waarin de patiënt de pijn als draaglijk ervaart
2	De verpleegkundige vraagt na of de patiënt volledig en tijdig veranderingen in de pijn wil aangeven
3	De verpleegkundige controleert of de patiënt maatregelen toepast om het ontstaan van pijn of exacerbatie van bestaande pijn te voorkomen
4	De verpleegkundige signaleert of de patiënt maatregelen toepast om zijn pijnbeleving te beïnvloeden
5	De verpleegkundige signaleert de kwaliteit van leven van de patiënt en streeft een minimale beperking en belemmering hiervan na.
6	De verpleegkundige signaleert of naasten begrip tonen voor pijn en sluit aan bij de mogelijkheden hiervan

zodat

bij het formuleren van het beoogde resultaat rekening gehouden wordt met de individuele patiënt en zijn mogelijkheden.

c) Competentie

Het toepassen van verpleegkundige interventies bij de patiënt met chronische benigne pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Het verlichten van de pijn tot een voor de patiënt acceptabele pijnscore (VAS < of gelijk aan 4).

Toelichting

Het is belangrijk dat de patiënt de pijnbehandeling begrijpt. Voorlichting over de te verwachten pijn en de pijnbehandeling maakt dat de patiënt minder angstig is.

Daarnaast is het van belang dat er informatie gegeven wordt over pijn meten en registreren.

Pijnbehandeling vereist een multidimensionele benadering. De patiënt bewust en vertrouwd maken met de behandeling en de wijze waarop hij daar aan kan bijdragen.

Een rustige comfortabele omgeving kan pijn voorkomen en versterkt het effect van de pijnmedicatie.

Ontspanningstechnieken verminderen de angst en zorgen voor ontspannen spieren, waardoor pijn minder intens wordt ervaren. Afleiding zorgt voor een verminderde waarneming van de pijn, waardoor de pijnbeleving positief beïnvloed wordt.

Bij

het toepassen van verpleegkundige interventies om pijn te reduceren bij chronische benigne pijn

gaat het om

Nummer	Tekst
1	activiteiten bij pijnbehandeling: voorlichting over pijnmedicatie (frequentie, werking, bijwerking), pijn serieus nemen, bespreken hoe pijn toe of af kan nemen
2	het bepalen van effecten van pijn op het leven van de patiënt: functioneren, sociale interacties, financiële situatie, ADL, concentratie, stemming, gezin
3	het onderzoeken van de verwachtingen over het beloop van de pijn, behandeling en bijwerkingen
4	het bespreken van de effectiviteit van de combinatie van lichamelijke, psychische en farmacotherapie
5	het bespreken met de patiënt en diens naaste(n) van verschillende therapieën ter verlichting van pijn (zoals cognitieve strategieën, lichaamsbeweging, pijnmedicatie, invasieve technieken). Bij neuropathische pijn kan op indicatie een behandeling op het gebied van neuromodulatie tot de mogelijkheden behoren.
6	het bespreken van de gevolgen van het pijn lijden: verminderde weerstand, slechte eetlust, verstoorde slaap, minder plezier, angst, vrees, concentratieproblemen en verminderde sociale en seksuele relaties

zodat

de pijn voor de patiënt tot een acceptabele pijnscore is gebracht (VAS < of gelijk aan 4). Kwaliteit van leven staat op de voorgrond.

d) Competentie

Het evalueren van resultaten bij de patiënt met chronische benigne pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Het evalueren van resultaten om te kijken of het beoogd verpleegkundig resultaat is bereikt en de verpleegkundige interventies voldoende effect hebben gehad.

Toelichting

Het evalueren van resultaten is gericht op pijn en pijnbeleving en kwaliteit van leven (mate van verbaal en non-verbaal geuite pijn), pijnbestrijdinggedrag (mate waarin iemand zelf acties onderneemt om zijn pijn te verminderen) en comfort (mate van lichamenlijk en geestelijk welbevinden). De verpleegkundige moet nagaan of het beoogde resultaat is bereikt; dit is afhankelijk van de ingestelde interventie, doch eenmaal per 24 uur. Uitkomsten worden geregistreerd in het verpleegkundig dossier. De pijnintensiteit wordt uitgezet in een grafiek. Pijn vereist altijd een multidimensionele aanpak, overleg met andere disciplines in alle fasen van het proces. Bij onvoldoende resultaat kan buiten het multidisciplinaire team contact worden gezocht met bijvoorbeeld fysiotherapeut, psycholoog of pastor of pijn team. De behandeling zal gericht moeten zijn op kwaliteit van leven.

Bij

het evalueren van beoogde resultaten van het behandelen van pijn en pijnbeleving
gaat het om

Nummer	Tekst
1	De verpleegkundige signaleert verbale uitingen van pijn
2	De verpleegkundige signaleert de frequentie van pijn
3	De verpleegkundige signaleert de duur van de pijnaanvallen
4	De verpleegkundige signaleert non-verbale uitingen van pijn (gelaatsuitdrukkingen, beschermende lichaamshouding)
5	De verpleegkundige signaleert verandering in vegetatieve fysiologische reacties
6	De verpleegkundige signaleert de invloed van spierspanning op pijn en pijnbeleving
7	De verpleegkundige signaleert de invloed van verminderde eetlust op pijn

zodat

de pijn voor de patiënt tot een acceptabele pijnscore is teruggebracht. Uitgangspunt is de uitkomst van de VAS. Deze dient ≤ 4 op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 geen pijn is en 10 de ergst denkbare pijn onacceptabel voor de patiënt. Indien haalbaar.

Bij

Het evalueren van beoogde resultaten van pijnbestrijdinggedrag
gaat het om

Nummer	Tekst
1	De verpleegkundige onderkent de oorzakelijke factoren
2	De verpleegkundige beseft wanneer de pijn begint
3	De verpleegkundige neemt preventieve maatregelen
4	De verpleegkundige neemt niet-medicamenteuze maatregelen, zoals ontspannings- en afleidingstechnieken, het bevorderen van comfort en rust, massage en toepassen van warmte en koude
5	De verpleegkundige dient de medicijnen op de juiste wijze toe.
6	De verpleegkundige schakelt naar aanleiding van waarschuwingssignalen andere hulpverleners in.
7	De verpleegkundige herkent aan pijn gerelateerde symptomen
8	De verpleegkundige vraagt na of de pijn adequaat bestreden is
9	De verpleegkundige signaleert het lichamelijk welbevinden van de patiënt
10	De verpleegkundige signaleert het geestelijk welbevinden van de patiënt
11	De verpleegkundige is op de hoogte van de tevredenheid van de patiënt over de pijnbestrijding

2.3 Oncologische pijn /pijn in de palliatieve fase

Domein Zorg

a) Competentie

Het vaststellen van pijn bij de oncologische patiënt door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Zo mogelijk gebaseerd op verpleegkundige evidence based diagnostiek en met behulp van pijnmeetinstrumenten, pijn vaststellen bij oncologische patiënten.

Toelichting

Om oncologische pijn vast te stellen moet de verpleegkundige bekend zijn met verschijnselen die vaak of regelmatig aanwezig zijn bij de patiënt met zowel acute als chronische pijn, voortkomend uit verstoorde gezondheidspatronen.

De verpleegkundige moet op de hoogte zijn van de oorzaken, zoals pathofysiologische factoren (doorgroei van tumoren, zenuwpijn), behandelingsgerelateerde factoren (biopsie, radiotherapie, chirurgie), situationele factoren (immobiliteit, depressie, eenzaamheid), ontwikkelingsbepaalde factoren (leeftijd, prognose). Verpleegkundigen moeten voortdurend bedacht zijn op plotselinge progressie van pijnklachten. Informatie en communicatie met de patiënt is uiteraard erg belangrijk. Ook het bevorderen van therapietrouw behoort tot de competentie.

Daarnaast moet de verpleegkundige kennis hebben van de pijnanamnese, de Visual Analogue Schaal /numerieke beoordelingsschaal en het pijndagboek. Zij moet dit toe kunnen passen in de praktijk. Het lezen van actuele onderzoeksliteratuur /bestaande protocollen en richtlijnen t.a.v. de valkuilen, die voorkomen bij het vaststellen van pijn, is een belangrijke voorwaarde.

Bij

het vaststellen van oncologische pijn

gaat het om

Nummer	Tekst
1	verbale uiting van pijn
2	non-verbale uiting van pijn
3	vegetatieve fysiologische reacties (verandering bloeddruk, transpireren)
4	minder actief zijn, verminderde eetlust, gewichtsverlies
5	vernauwd aandachtsveld
6	veranderde lichaamshouding, bescherming en /of vasthouden van pijnlijk lichaamsdeel
7	veranderde psychische gesteldheid (angst, depressie, boosheid)
8	verstoord slaappatroon, vermoeidheid
9	gedrag dat aandacht op pijn richt (rusteloosheid, huilen)
10	veranderde spierspanning, spierkrampen
11	gedrag dat aandacht van pijn afleidt
12	effect van pijnmedicatie vaststellen op vastgestelde tijden
13	doorvragen over misvattingen, misverstanden ten aanzien van pijn die bij de patiënt leven

zodat

de patiënt geen onnodige pijn lijdt. Kwaliteit van leven perspectief palliatie staat hierbij op de voorgrond.

b) Competentie

Het vaststellen van het beoogde resultaat bij de oncologische patiënt met pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

De beoogde resultaten liggen, afhankelijk van de oorzaak, op het gebied van voorkomen en /of het gebied van het verlichten van de pijn. De doelstellingen van de interventies tegen pijn zijn gericht op het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven, die voor de patiënt bereikt kan worden.

Toelichting

Bij het bepalen van de beoogde resultaten moet rekening gehouden worden met:

- het vaststellen van de aanwezige kennis over pijn bij de patiënt
- de invloed van persoonskenmerken op de pijn
- de invloed van de fase van de ziekte en de behandeling op de ernst en de beleving van de pijn
- de invloed van de aard van de behandeling op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van de lichamelijke conditie op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van het patroon van denken en waarneming op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van de emotionele status op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van angst en boosheid op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van acceptatie /inzicht in eigen mogelijkheden op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van de betekenis van pijn voor de patiënt op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van de sociale context op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van culturele invloeden op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van religie op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van opvoeding (opvattingen zoals: niet zeuren maar doen en niet klagen maar dragen) op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van psychische factoren, zoals moedeloosheid, depressie of ontkenning van pijn op de ernst en de beleving van de pijnklachten
- de invloed van therapietrouw op de ernst en de beleving van de pijnklachten

Bij

het bepalen van het beoogde resultaat
gaat het om

Nummer	Tekst
1	De verpleegkundige signaleert de ernst van de pijn en de mate waarin de patiënt de pijn als draaglijk ervaart
2	De verpleegkundige vraagt na of de patiënt volledig en tijdig veranderingen in de pijn wil aangeven
3	De verpleegkundige controleert of de patiënt maatregelen toepast om het ontstaan van pijn of exacerbatie van bestaande pijn te voorkomen
4	De verpleegkundige signaleert of de patiënt maatregelen toepast om zijn pijnbeleving te beïnvloeden
5	De verpleegkundige signaleert de kwaliteit van leven van de patiënt en streeft een minimale beperking en belemmering hiervan na.
6	De verpleegkundige signaleert of naasten begrip tonen voor pijn en sluit aan bij de mogelijkheden hiervan

zodat

bij het formuleren van het beoogde resultaat rekening gehouden wordt met de individuele patiënt en zijn mogelijkheden.

c) Competentie

Het toepassen van verpleegkundige interventies bij de oncologische patiënt met pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Het verlichten van de pijn tot een voor de patiënt acceptabele pijnscore (VAS < of gelijk aan 4).

Toelichting

Het is belangrijk dat de patiënt de pijnbehandeling begrijpt en onderschrijft. Pijnbehandeling vereist een multidimensionele benadering, zoals de patiënt bewust maken van en vertrouwd met de behandeling en de wijze waarop hij daaraan kan bijdragen, door bijvoorbeeld bij pijn goed door te blijven ademen. Een rustige comfortabele omgeving kan pijn voorkomen en versterkt het effect van de pijnmedicatie. Ontspanningstechnieken verminderen de angst, zorgen voor ontspannen spieren, waardoor pijn minder intens wordt ervaren. Afleiding zorgt voor een verminderde waarneming van de pijn, waardoor de pijnbeleving positief beïnvloed wordt. Door het stimuleren van de huid kan de pijn prikkel beïnvloed worden (modulatie). Dit heeft een positief effect op de pijnbeleving. Door de energiebalans te reguleren wordt oververmoeidheid voorkomen; vermoeidheid kan bijdragen tot een toegenomen pijnervaring. Daarnaast kan pijn leiden tot verstoringen van de slaap.

Bij

het toepassen van verpleegkundige interventies om pijn te reduceren

gaat het om

Nummer	Tekst
1	activiteiten bij pijnbehandeling: de patiënt informeren over afnemen pijnanamnese, pijn meten en registreren
2	voorlichting pijnbehandeling: operatie, bestraling, chemotherapie, hormoontherapie /een combinatie hiervan en gebruik pijnmedicatie, andere methoden (PCA-pomp, subcutane pijnbestrijding, spinale pijnbestrijding, zenuwblokkade, ondersteunende behandelingen zoals fysiotherapie. Bij pijnmedicatie moet de verpleegkundige kennis hebben van werking en bijwerkingen).Ook voorlichting over specifieke pijnblokken zoals coeliacusblok, dan wel een chordotomie
3	het door de verpleegkundige toepassen van verpleegkundige interventies om pijn te reduceren, zoals regulering van de omgeving, d.m.v. comfort, ontspanningstechnieken, afleiding, huidstimulering, regulering van de energiebalans, het bevorderen van de autonomie van de patiënt (pijndagboek /uiten van problemen /rust nemen) en het toepassen van warmte en koude

zodat

de pijn voor de patiënt tot een acceptabele pijnscore is gebracht (VAS < of gelijk aan 4).

d) Competentie

Het evalueren van resultaten bij de oncologische patiënt met pijn door HBOV-verpleegkundigen.

Competentiebeschrijving

Het evalueren van resultaten om te kijken of het beoogd verpleegkundig resultaat is bereikt en de verpleegkundige interventies voldoende effect hebben gehad.

Toelichting

Het evalueren van resultaten is gericht op pijn en pijnbeleving (mate van verbaal en non-verbaal geuite pijn), pijnbestrijdinggedrag (mate waarin iemand zelf acties onderneemt om zijn pijn te verminderen) en comfort (mate van lichamenlijk en geestelijk welbevinden).

De verpleegkundige moet nagaan of het beoogd resultaat is bereikt; dit is afhankelijk van de ingestelde interventie, doch minimaal twee keer per 24 uur. Uitkomsten worden geregistreerd in het verpleegkundig dossier. De pijnintensiteit wordt uitgezet in een grafiek.

Pijn vereist altijd een multidimensionele aanpak, zoals overleg met andere disciplines in alle fasen van het proces. Bij onvoldoende resultaat kan buiten het multidisciplinaire team contact worden gezocht met bijvoorbeeld pijnteam, fysiotherapeut, psycholoog of geestelijk verzorger.

Bij

het evalueren van beoogde resultaten van pijn en pijnbeleving
gaat het om

Nummer	Tekst
1	verbale uitingen van pijn
2	frequentie van pijn
3	duur van de pijnaanvallen
4	non-verbale uitingen van pijn (gelaatsuitdrukkingen, beschermende lichaamshouding)
5	verandering in vegetatieve fysiologische reacties
6	spierspanning
7	verminderde eetlust

zodat

de pijn voor de patiënt tot een acceptabele pijnscore is gebracht. Uitgangspunt is de uitkomst van de NRS-score. Deze moet ≤ 4 zijn op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 geen pijn is en 10 de ergst denkbare pijn en acceptabel worden gevonden door de patiënt.

Bij

het evalueren van beoogde resultaten van pijnbestrijdinggedrag
gaat het om

Nummer	Tekst
1	De verpleegkundige onderkent de oorzakelijke factoren
2	De verpleegkundige beseft wanneer de pijn begint of toeneemt
3	De verpleegkundige neemt preventieve maatregelen
4	De verpleegkundige neemt niet-medicamenteuze maatregelen, zoals ontspannings- en afleidingstechnieken, bevorderen van comfort en rust, massage en toepassen van warmte en koude
5	De verpleegkundige dient pijnstillers op de juiste wijze toe
6	De verpleegkundige schakelt naar aanleiding van waarschuwingssignalen andere hulpverleners in
7	De verpleegkundige herkent aan pijn gerelateerde symptomen
8	De verpleegkundige geeft aan dat de pijn adequaat bestreden is
9	De verpleegkundige signaleert het lichamelijk welbevinden van de patiënt
10	De verpleegkundige signaleert het geestelijk welbevinden van de patiënt
11	De verpleegkundige is op de hoogte van de tevredenheid van de patiënt over de pijnbestrijding

zodat

de pijn voor de patiënt tot een acceptabele pijnscore is gebracht (VAS < of gelijk aan 4).

Literatuur

- Achterberg, Th. van, Eliens AM & Strijbol N.C.M. (2002). *Effectief Verplegen*. Hoofdstuk 11. Dwingelo: Kavahna.
- Carpenito, J.L. (1998). *Zakboek Verpleegkundige diagnoses*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing /Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad, CBO/VWR (1994). *Consensus Verpleegkunde bij pijn*. Utrecht: CBO.
- Francke, A.L. (1996). *Pijn als verpleegprobleem*. Dwingeloo: Kavahna.
- Kleef, M van et al. (2000). *Handboek Pijnbestrijding*. Leusden: De Tijdstroom.
- Integraal Kankercentrum Midden Nederland /IKMN (2002). *Oncologieboek deel 2. Richtlijnen palliatieve zorg. Richtlijn Pijn*. Utrecht: IKMN.
- Landelijke Verpleegkundige Oncologische Richtlijnen (2001). *Patroon 6, Cognitie en Waarneming. Richtlijn voor de patiënt met kanker*. Nederlandse Vereniging van Integrale Kankercentra.
- Spreekuur Thuis (2002). *Pijndagboek bij kanker*. Wormer: Inmerc B.V.
- Tóth-van den Berg, J & Rees, T van (2001). *De kankerpatiënt. Een boek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners*. Hoofdstuk 12. Houten /Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Transferpunt Vaardigheidsonderwijs (2001). *Zorg voor de chirurgische patiënt. Werkcahier niveau 5*. Houten /Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wit, R de (2001). *De verpleegkundige en pijnbestrijding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Graeff, A de (2006) ea. *Palliatieve Zorg, richtlijnen voor de praktijk* Vereniging van integrale Kankercentra Utrecht Richtlijn Pijn blz. 565- 601
- Römgens, M.T.A (2002) ea. *Omgaan met Geneesmiddelen* Elsevier Gezondheidszorg

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) omvat 4 faculteiten en 1 instituut:

- Economie
- Educatie
- Gezondheid, Gedrag en Maatschappij
- Techniek
- De informatie en communicatie academie

Daarnaast kent de HAN een op zichzelf staande contractunit: Interstudie, Centrum voor Onderwijsmanagement.

De opleidingen van de faculteit Gezondheid Gedrag en Maatschappij:

Creatieve Therapie
Culturele en Maatschappelijke Vorming
Ergotherapie
Fysiotherapie
Logopedie
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Mondhygiëne
Operatie-/anesthesie-assistent
Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Sport, Gezondheid en Management
Verpleegkunde
Voeding en Diëtetiek
Food en Business

De faculteit heeft ook een afdeling contractactiviteiten, het VDO opleidings- en adviescentrum: Vervolgopleidingen, Dienstverlening en Onderzoek

Verpleegkundige Opleidingen
Bezoekadres: Kapittelweg 33
6525 EN Nijmegen

Postadres: Postbus 6960
6503 GL Nijmegen

Internet: www.ggm.han.nl