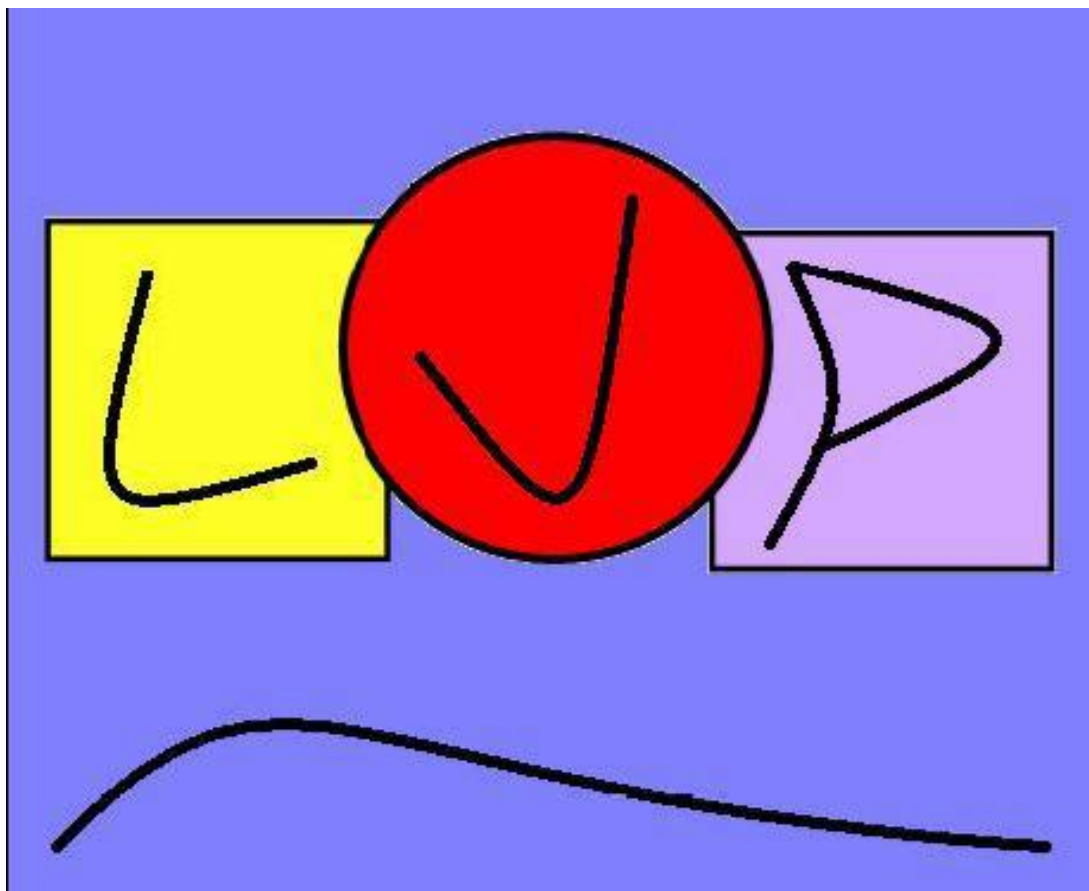


# Curriculum: Pijn onderwijs na de HBOV



**Auteurs:**

Tilly Baan, verpleegkundig consulent palliatieve zorg, Erasmus MC - Daniel den Hoed, Rotterdam

Riky Dorrestein, MANP, verpleegkundig specialist, Meander ziekenhuis, Amersfoort

Ronald Kruis, verpleegkundig consulent pijnbestrijding, Academisch medisch Centrum, Amsterdam

Plony Stroo, pijnconsulent, Franciscus ziekenhuis, Roosendaal.

**September 2009**

In opdracht van de Landelijke Vereniging voor Pijnverpleegkundigen

## **Voorwoord:**

In navolging van de onderwijsgroep HBO-V werd in opdracht van de **Landelijke Vereniging voor Pijnverpleegkundigen** een basisdocument ontwikkeld met als doel dat verpleegkundigen, eenmaal werkzaam in de zorg, zich blijven ontwikkelen en hun kennis ten aanzien van de behandeling en bestrijding van pijn blijven verbeteren. Met deze gedachte is de werkgroep aan de slag gegaan met het schrijven van een curriculum over wat verpleegkundigen nog meer moeten weten over pijn en pijnbestrijding na afsluiting van de HBO-V.

In dit curriculum wordt aandacht besteed aan een algemeen deel en een differentiaal gedeelte. Algemeen zijn: pijntheorieën en pijnmodellen; pijnbeoordelingsinstrumenten en pijn diagnoses; gezondheidsvoorlichting; farmacologische en niet-farmacologische pijnbestrijding. De differentiatie bestaat uit acute en postoperatieve pijn, chronisch benigne pijn, oncologische pijn en pijn in de palliatieve fase.

Tilly Baan

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Deel A Algemeen</b>	blz
1.1.	Pijntheorieën en Pijnmodellen	5
1.2.	Pijn beoordelingsinstrumenten en pijndiagnosen	5
1.3.	GVO	6
1.4.	Farmacologische pijnbestrijding	7
1.5.	Niet farmacologische pijnbestrijding	9
<b>2.</b>	<b>Deel B Differentiatie</b>	
2.1.	Acute en postoperatieve pijn	11
2.2.	Chronische benigne pijn	15
2.3.	Oncologische pijn	18
2.4.	Pijn in de palliatieve fase	22

## Deel A

### Algemeen

#### 1.1 Pijntheorieën en pijnmodellen

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
- Poorthorie van Melzack en Wall
- Model van Loeser
- Bio-psycho-sociale model

#### Werkvorm

hoorcollege /studietaak

#### 1.2 Pijn beoordelingsinstrumenten en pijndiagnoses

##### Kerncompetentie

Om de pijn bij de patiënt te verlichten tot een voor de patiënt draaglijk niveau, kan de verpleegkundige, werkzaam op niveau 4 en 5, op een professioneel verantwoorde wijze unidimensionele pijnmeetinstrumenten benoemen en toepassen, een pijnanamnese afnemen en op grond hiervan verpleegkundige diagnoses gerelateerd aan pijn opstellen.

##### Toelichting

Pijn is multidimensioneel. Zowel fysiologisch, psychologische, spirituele, sociale, als gedragsmatige factoren spelen een belangrijke rol bij de beleving van pijn.

Door gebruik te maken van een pijnmeetinstrument en een pijnanamnese wordt inzicht verkregen in de verschillende aspecten van pijn. De informatie die hieruit wordt verkregen maakt het mogelijk een verpleegkundige diagnose te stellen en tijdig de juiste interventies te kiezen en deze te evalueren. Het afkappunt van het pijnmeetinstrument de Numerieke Rating Schaal (NRS 0-10) waarbij actie moet worden ondernomen is op basis van de prestatieindicator voor postoperatieve pijn vastgesteld op  $\geq 4$  en op basis van de richtlijn pijn bij kanker op  $\geq 5$ .

##### Bij

Het meten van pijn

##### gaat het om

Nummer	Tekst
1	kennis hebben van unidimensionele pijnmeetinstrumenten zoals de Numerieke Rating Schaal, Visueel Analoge Schaal (VAS, voor volwassenen en kinderen vanaf 7 jaar), gezichtenschaal (4-7 jaar), Comfort of FLACC (gedragobservatieschaal 0-4 jaar) en multidimensionele pijnmeetinstrumenten (zoals McGill Pain Questionnaire)
2	beargumenteerde afwegingen maken t.a.v. de keuze voor het gebruik van (multidimensionele) pijnmeetinstrumenten
3	beargumenteerde afwegingen maken t.a.v. keuze van afkappunten
4	gebruik maken van hulpmiddelen bij het dagelijks monitoren van pijn zoals

	pijndagboek en temperatuurlijst of pijnpaspoort
5	observeren, registreren, rapporteren en evalueren van pijn
6	inzicht verkrijgen in de fysiologische, psychologische en gedragsmatige aspecten van pijn van een patiënt door gebruik te maken van een pijnanamneseformulier
7	het kunnen stellen van verpleegkundige diagnoses gerelateerd aan de pijnanamnese
8	professionele attitude

### **zodat**

op systematische en doelmatige wijze inzicht wordt verkregen in de diverse aspecten van pijn, zodat pijnproblemen geconcretiseerd en inzichtelijk kunnen worden gemaakt, verpleegkundige diagnoses kunnen worden vastgesteld, interventies worden uitgevoerd en geëvalueerd.

**Werkvorm:** hoorcollege of studietaak

### **Literatuur:**

Carpenito, L.J. (1998) *Zakboek verpleegkundige diagnoses*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Gordon, M. (1995) *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1995-1996*. Utrecht: Lemma.

McFarland, G.K., McFarlane, E.A. (1997) *Nursing diagnosis and interventions. Planning for patient care*. St. Louis: Mosby.

NANDA. (2007) *Nursing diagnosis: definitions & classifications 2007 – 2008*. NANDA International.

Nederlands Vereniging voor Anaesthesiologie. (2008) *Richtlijn: Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker*. Utrecht.

Rond, de M., Dam, van F., Wit, de R., Barkmeijer, G. (1998) *Pijn van nul tot tien: handleiding voor implementatie van pijnregistratie*. Integraal Kankercentrum Amsterdam.

Wit, de R., Rond de MEJ. (2000) *De Pijn kun je dat wel meten? Verpleegkunde nieuws, Zorg voor de chirurgische cliënt. Werkcahier. Verpleegkundig handelen bij cliënten met pijn*. Bohn Stafleu van Loghum.

Wit, de R., (2001) *De verpleegkundige en pijnbestrijding*. Houten.

[www.pijnverpleegkundigen.nl](http://www.pijnverpleegkundigen.nl) *Pijnanamnese*, Landelijke Vereniging van Pijnverpleegkundigen.

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

## **1.3 GVO**

### **Kerncompetentie**

Om de patiënt met pijn te motiveren zich een effectief pijnbestrijdingsgedrag eigen te maken geeft de verpleegkundige, werkzaam op niveau 4 of 5, op systematische en planmatige wijze patiëntenvoorlichting. Patiëntenvoorlichting bij pijn kent vier functies: informatie, instructie, educatie en begeleiding.

### **Toelichting**

Patiëntenvoorlichting is een geïntegreerd onderdeel van de verpleegkundige zorgverlening. Voorlichting over pijn en pijnbestrijding vindt plaats voorafgaand en tijdens onderzoek en behandeling, maar ook in situaties waarin geen behandeling (meer) mogelijk is. Alvorens het doel van voorlichting bij pijnbestrijding vast te stellen, moet een grondige analyse van het probleem, de oorzaken en de symptomen plaatsvinden. Het doel van patiëntenvoorlichting bij pijn is het pijnbestrijdingsgedrag van patiënten zodanig te beïnvloeden dat de pijn teruggebracht wordt tot een draaglijk niveau. Het gedrag van de patiënt wordt beïnvloed door het bevorderen van kennis over pijn en pijnbestrijding en het stimuleren van zelfredzaamheid en hulpzoekend gedrag. De verpleegkundige maakt bij het geven van voorlichting gebruik

van verschillende methodes: individuele en groeps gesprekken, CD-Roms, ondersteunende folders en brochures, pijnmeetinstrumenten en het pijndagboek. Resultaten zijn een verbeterde therapietrouw en een daling van de pijnintensiteit.

Bij patiëntenvoorlichting neemt de communicatie tussen patiënt en zorgverlener een belangrijke plaats in. De verpleegkundige sluit bij het geven van voorlichting aan op de mogelijkheden die de patiënt heeft om zich kennis eigen te maken, zijn attitude te veranderen en uiteindelijk duurzaam nieuw gedrag te laten zien ten aanzien van de pijnbestrijding. Voorlichting vindt plaats in samenspraak met de patiënt.

Patiëntenvoorlichting kan gericht zijn op individuen en op groepen. Thema's kunnen zijn: voorlichting over behandeling van postoperatieve pijn, pijnmeetinstrumenten, de verschillende fases van medicamenteuze behandeling bij oncologische pijn, aanvullende zorgvormen bij pijn, de functie van het pijndagboek, pijnpaspoort en voeding bij chronische benigne pijn.

De verpleegkundige maakt gebruik van resultaten van wetenschappelijk onderzoek, kan werken vanuit multidisciplinaire kaders en kan samenwerken met individuele zorgvragers en mantelzorgers.

### **Bij**

Het geven van gezondheidsvoorlichting en opvoeding over pijn en pijnbestrijding door de verpleegkundige op niveau 4 en 5

#### **gaat het om**

Nummer	Tekst
1	het verzamelen van gegevens over de pijnbeleving, de kennis, attitude en vaardigheden van de patiënt om met de pijn om te gaan
2	het vaststellen van verpleegkundige diagnose(s) rond voorlichting bij pijn
3	het plannen van interventies die gericht zijn op voorlichting rond het voorkomen of verminderen van pijn
4	de uitvoering van de voorlichtende interventies volgens het zorgplan
5	evalueren van het effect van de voorlichtende interventies

#### **zodat**

de patiënt meer kennis heeft over pijn en pijnbehandeling, de mate van zelfredzaamheid en hulpzoekend gedrag is toegenomen en de pijn voor de patiënt draaglijk is (NRS ≤ 5).

**Werkvorm:** hoorcollege of studietaak

#### **Literatuur:**

Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing /Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad, CBO/VWR. (1994) Consensus Verpleegkunde bij pijn. Utrecht: CBO.

Kleef, van M., Weber, WEJ., Winter, F., Zuurmond, WWA. (2000) Handboek pijnbestrijding, Leusden: de Tijdstroom.

Sassen, B. (2000) *Gezondheidsvoorlichting en preventie, leidraad voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier.

Wit, de R. (2001) *De verpleegkundige en pijnbestrijding*, Houten.

## **1.4 Farmacologische interventies**

### **Kerncompetentie**

Om de pijn bij de patiënt te verlichten en zijn autonomie te vergroten, kan de verpleegkundige, werkzaam op niveau 4 of 5, op een professioneel verantwoorde wijze farmacologische interventies uitvoeren.

## Toelichting

Als zorgverlener kan de verpleegkundige op een vraaggerichte wijze en met inachtneming van professionele standaarden zorg bieden aan de patiënt met pijn.

Het doel van de behandeling is de pijn terug te brengen tot een voor de patiënt draaglijk niveau door middel van het toepassen van farmacologische interventies. Welke pijnbehandeling nodig is hangt af van de oorzaak, ernst en aard van de pijn. Om op een professioneel verantwoorde wijze farmacologische interventies te kunnen uitvoeren dient de verpleegkundige kennis te hebben van de werking en bijwerkingen van deze verschillende interventies. De verpleegkundige zal op de hoogte moeten zijn van de knelpunten en vooroordelen die leven bij hulpverleners, patiënten en hun naasten ten aanzien van pijnmedicatie en zal hierop moeten kunnen anticiperen.

## Bij

Het uitvoeren van farmacologische interventies in de verpleegkundige zorg door een verpleegkundige werkzaam op niveau 4 en 5

## gaat het om

Nummer	Tekst
1	kennis hebben van: <ul style="list-style-type: none"><li>• de basisprincipes bij pijnbestrijding</li><li>• de inhoud van de WHO-ladder</li><li>• invasieve technieken, zoals intrathecale/epidurale medicatie toediening, zenuwblokkades</li><li>• adjuvante pijnmedicatie</li><li>• rescue medicatie</li><li>• opioïdrotatie</li></ul>
2	kennis hebben van basis- en aanvullende medicatie wat betreft: <ul style="list-style-type: none"><li>• werking en bijwerking</li><li>• indicatie</li><li>• contra-indicatie</li><li>• dosering</li><li>• toedieningsvormen</li></ul>
3	kennis te hebben van: paracetamol, NSAID's, cox-2 remmers, morfine, analgetica en anaesthetica
4	kennis hebben van de werking van opioïdreceptoren
5	kennis hebben van de principes bij het omrekenen van opioïden
6	kennis hebben van bisfosfonaten en de doelstelling ervan
7	kennis hebben van de toedieningswijze van pijnmedicatie
8	het kunnen geven van goede voorlichting over pijnmedicatie
9	het herkennen van vooroordelen en knelpunten ten aanzien van medicatie bij een zorgvrager en hier op een adequate manier mee omgaan
10	het structureel informeren naar pijn, het observeren van de patiënt, het begeleiden van pijn, het activeren van de patiënt, het zorg dragen voor de omgeving en het rapporteren van voorgaande acties.
11	kennis hebben van pijnmeetinstrumenten en deze kunnen interpreteren

## zodat

de pijn voor de patiënt draaglijk is (afhankelijk van afkappunt NRS < 4 of < 5), complicaties als gevolg van pijn beperkt blijven, waardoor de kwaliteit van leven verbetert.

## Werkvorm

Hoorcollege /studietaak /simulatie patiëntencontact /practicum verpleegtechnische vaardigheden.

## Literatuur

Enting, RA, Rijt van der CCD., Willems, EB., Lieveerse, PJ., Wit, de R., Sillevius Smit, PAE. (2001) *Behandeling van pijn bij kanker met systemisch toegediende opioïden*. Ned. Tijdschr. Geneeskunde; 145:950-954.

*Farmacotherapeutisch kompas*

Graeff, de A. et al. (2002) *Oncologieboek, richtlijnen palliatieve zorg*, IKMN

Kleef, van M., Weber, WEJ., Winter, F., Zuurmond WWA. (2000) *Handboek pijnbestrijding*, Leusden

*Repertorium*

Wit, de R. (2001) *De verpleegkundige en pijnbestrijding*, Houten.

## 1.5 Niet-farmacologische interventies

### Kerncompetentie

Om de pijn bij de patiënt te verlichten en zijn autonomie te vergroten, kan de verpleegkundige, werkzaam op niveau 4 of 5, op een professioneel verantwoorde wijze niet-farmacologische interventies verrichten of verwijzen naar andere hulpverleners.

### Toelichting

Als zorgverlener kan de verpleegkundige op een vraaggerichte wijze en met inachtneming van professionele standaarden zorg bieden aan de patiënt met pijn.

Het doel van niet-farmacologische interventies is de pijn terug te brengen tot een voor de patiënt draaglijk niveau. Om op een professioneel verantwoorde wijze niet-farmacologische interventies te kunnen uitvoeren dient de verpleegkundige kennis te hebben van het multi-dimensionele karakter van pijn en de invloed hierop van niet-farmacologische interventies.

### Bij

Het aanbieden van niet-farmacologische interventies door een verpleegkundige werkzaam op niveau 4 en 5.

### gaat het om

Nummer	Tekst
1	het informeren, observeren, rapporteren van pijn als mede het begeleiden en activeren van de patiënt met pijn.
2	kennis hebben van de bestaande niet-farmacologische interventies volgens de CBO richtlijn verpleegkunde bij pijn zoals; <ul style="list-style-type: none"><li>• afleidingstechnieken</li><li>• ontspanningstechnieken</li><li>• koude en warmte toepassing</li><li>• rust en aandacht, comfort</li><li>• humor</li><li>• muziek</li><li>• psychosociale interventies</li></ul>
3	beargumenteerde afwegingen kunnen maken t.a.v. de keuze van de toe te passen niet-farmacologische verpleegkundige interventies.
4	het kunnen toepassen of kunnen verwijzen naar niet-farmacologische interventies en kennis hebben van de contra-indicaties van niet-farmacologische interventies.
5	weet hebben van niet-farmacologische interventies zoals TENS, autonomiebevordering, massage, aromatherapie, Reiki, Therapeutic Touch, haptonomie en andere.
6	het kunnen geven van goede voorlichting over niet-farmacologische interventies en

de patiënt ondersteunen in het maken van juiste keuzes.
---

**zodat**

de pijn van de zorgvrager tot een draaglijk niveau gereduceerd wordt (afhankelijk van afkappunt NRS < 4 of < 5), complicaties als gevolg van pijn beperkt blijven en daardoor de kwaliteit van leven verbetert.

**Werkvorm:** studietaak, practicum

**Literatuur:**

Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing /Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad, CBO/VWR (1994). *Consensus Verpleegkunde bij pijn*. Utrecht: CBO.

Wit, R. de (2001) *De verpleegkundige en pijnbestrijding*, Houten.

McCloskey, JC, Bulechek, GM. (2000) *Verpleegkundige Interventies*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

[www.complementairezorg.nl](http://www.complementairezorg.nl)

## Deel B

### Differentiatie

#### 2.1 Acute en postoperatieve pijn

##### Kerncompetentie

Om de acute pijn bij de patiënt te verlichten en zijn autonomie te vergroten, kan de verpleegkundige, werkzaam op niveau 4 of 5, op een professioneel verantwoorde wijze farmacologische en niet-farmacologische interventies verrichten. Hierbij zijn het vaststellen van pijn (pijnmeting), het uitvoeren van (verpleegkundige) interventies en het evalueren van deze interventies belangrijke competenties.

##### Toelichting

Als zorgverlener kan de verpleegkundige op een vraaggerichte wijze en met inachtneming van professionele standaarden zorg bieden aan de patiënt met acute pijn.

Het doel is de pijn terug te brengen tot een voor de patiënt draaglijk niveau, met als uitgangspunt de NRS. Deze moet < 4 zijn op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 geen pijn is en 10 de ergst denkbare pijn.

De verpleegkundige zal hiertoe gebruik maken van haar expertise op het gebied van pijn en pijnbehandeling en de gevolgen die pijn heeft op het herstel van de patiënt. Tevens kent de verpleegkundige de complicaties die kunnen ontstaan door acute pijn.

##### Bij

het verlenen van verpleegkundige zorg door een verpleegkundige werkzaam op niveau 4 en 5 aan de patiënt met acute pijn

##### gaat het om

Nummer	Tekst
1	het raadplegen en werken volgens de bestaande protocollen en richtlijnen ten aanzien van acute pijn
2	het geven van voorlichting aan een preoperatieve patiënt over: <ul style="list-style-type: none"><li>• het belang van een goede pijnbehandeling</li><li>• het gebruik van het pijnmeetinstrument</li><li>• mogelijke farmacologische interventies en bijwerkingen</li><li>• mogelijke niet-farmacologische interventies</li></ul>
3	het opstellen van het zorgplan ter voorkoming/bestrijding van acute pijn
4	het uitvoeren van interventies, hierbij gebruik makend van wetenschappelijke kennis, klinische expertise en de voorkeur van de individuele patiënt
5	uitvoeren van voorgeschreven maatregelen
6	gebruik maken van de juiste middelen/apparatuur ter voorkoming/bestrijding van acute pijn
7	kennis hebben van de diverse methoden (medicatie, epidurale/spinale pijnbestrijding, PCA pomp, perifere zenuwblokkades) ter voorkoming/bestrijding van acute pijn
8	kennis hebben van de indicaties, contra-indicaties, voor- en nadelen, complicaties, van de diverse methoden
9	kennis heeft van pijnmedicatie
10	het evalueren van de uitgevoerde maatregelen en op basis van observaties deze maatregelen zonodig, in overleg met anesthesioloog of behandelend arts, aan te passen.

**zodat**

de pijn van de zorgvrager tot een draaglijk niveau gereduceerd wordt (NRS < 4) en complicaties als gevolg van de pijn zoveel mogelijk voorkomen worden.

**a) Competentie**

Het vaststellen van acute pijn bij de patiënt door verpleegkundigen, werkzaam op niveau 4 of 5, wordt zo veel mogelijk gebaseerd op verpleegkundige evidence based diagnostiek met behulp van pijnmeetinstrumenten.

**Toelichting**

Om acute pijn vast te stellen moet de verpleegkundige bekend zijn met verschijnselen die vaak of regelmatig aanwezig zijn bij de patiënt met acute pijn, veelal voortkomend uit operatieve ingrepen, traumata of anderszins. De pijn moet worden vastgesteld op basis van pijn bij rust, pijn bij bewegen en pijn bij doorademen.

Daarnaast moet de verpleegkundige kennis hebben van de verschillende soorten pijnmeetinstrumenten. Zij moet deze instrumenten toe kunnen passen in de praktijk. Om acute pijn te kunnen vaststellen is het lezen van actuele onderzoeksliteratuur /bestaande protocollen en richtlijnen t.a.v. de valkuilen, die voorkomen bij het vaststellen van pijn, een belangrijke voorwaarde.

**Bij**

het vaststellen van acute 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	effect van pijnmedicatie vaststellen op vastgestelde tijden
12	doorvragen over misvattingen, misverstanden ten aanzien van pijn die bij de patiënt leven

**zodat**

de patiënt geen onnodige pijn lijdt.

**b) Competentie**

Het toepassen van verpleegkundige interventies bij de patiënt met acute pijn door verpleegkundigen, werkzaam op niveau 4 of 5.

**Competentiebeschrijving**

Het verlichten van de pijn tot een voor de patiënt draaglijk niveau (NRS < 4).

**Toelichting**

Het is belangrijk dat de patiënt de pijnbehandeling begrijpt en onderschrijft. Pijnbehandeling vereist een multidimensionele benadering, waarbij de patiënt bewust gemaakt wordt en

vertrouwd raakt met de behandeling en de wijze waarop hij daaraan kan bijdragen. Bijvoorbeeld door 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 pijnprikkel beïnvloed worden (modulatie). Dit heeft een positief effect op de pijnbeleving. Verbetering van de (nacht)rust kan bijdragen tot een afname van de pijn. Het toepassen van koude en/of warmte heeft een positief effect op de pijn en pijnbeleving.

## Bij

het toepassen van verpleegkundige interventies om pijn te reduceren

### gaat het om

Nummer	Tekst
1	het raadplegen en werken volgens de bestaande protocollen en richtlijnen ten aanzien van acute pijn
2	het geven van voorlichting aan een preoperatieve patiënt over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• het belang van een goede pijnbehandeling</li> <li>• het gebruik van het pijnmeetinstrument</li> <li>• mogelijke farmacologische interventies en bijwerkingen</li> <li>• mogelijke niet-farmacologische interventies</li> </ul>
3	het opstellen van het zorgplan te voorkoming/bestrijding van acute pijn
4	het uitvoeren van verpleegkundige interventies, hierbij gebruik makend van wetenschappelijke kennis, klinische expertise en de voorkeur van de individuele patiënt
5	uitvoeren van voorgeschreven maatregelen
6	gebruik maken van de juiste middelen/apparatuur ter voorkoming/bestrijding van acute pijn
7	kennis hebben van de diverse methoden ter voorkoming/bestrijding van acute pijn
8	kennis hebben van de indicaties, contra-indicaties, voor- en nadelen, complicaties, van de diverse methoden
9	kennis hebben van de gebruikte medicatie
10	evalueren van de uitgevoerde maatregelen en op basis van observaties deze maatregelen zonedig, in overleg met anesthesioloog of behandelend arts, aan te passen.
11	voorlichting pijnbehandeling: de diverse methoden (PCA-pomp, epidurale/spinale pijnbestrijding, perifere zenuwblokkade), ondersteunende behandelingen zoals fysiotherapie. De verpleegkundige dient tevens kennis te hebben van pijnmedicatie, de werking van pijnmedicatie en de bijwerkingen ervan.
12	het toepassen van verpleegkundige interventies om pijn te reduceren, zoals regulering van de omgeving, d.m.v. comfort, ontspanningstechnieken, afleiding, huidstimulering, het bevorderen van de autonomie van de patiënt en het toepassen van warmte en koude.

### zodat

de pijn voor de patiënt tot een draaglijk niveau (NRS < 4) is gebracht.

### c) Competentie

Het evalueren van resultaten bij de patiënt met acute pijn door verpleegkundigen, werkzaam op niveau 4 of 5.

## Competentiebeschrijving

Het evalueren van resultaten om te kijken of de beoogde resultaten zijn bereikt en de 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 beoogde 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 in rust, bij bewegen en bij doorademen wordt uitgezet in een grafiek.

## Bij

het evalueren van beoogde resultaten van pijn en pijnbeleving

## gaat het om

Nummer	Tekst
1	de verpleegkundige observaties van de patiënt en zijn/haar pijnklachten aan de hand van: <ul style="list-style-type: none"><li>• frequentie van pijn</li><li>• verbale uitingen van pijn</li><li>• duur van de pijnaanvallen</li><li>• non-verbale uitingen van pijn (gelaatsuitdrukkingen, beschermende lichaamshouding)</li><li>• verandering in vegetatieve fysiologische reacties</li><li>• spierspanning</li><li>• pijn in rust /beweging (pijnscore)</li></ul>
2	het signaleren van het lichamenlijk welbevinden van de patiënt
3	signaleren van het geestelijk welbevinden van de patiënt
4	het observeren van de tevredenheid van de patiënt over de pijnbestrijding

## zodat

de verpleegkundige het lichamenlijk en geestelijk welbevinden van de patiënt kan registreren m.b.t. zijn/haar pijn en indien nodig het beleid t.a.v. de pijnbestrijding kan (laten) aanpassen.

**Werkvorm:** studietaak/ hoorcollege/ literatuurstudie

## Literatuur:

Achterberg, Th van, Eliens AM & Strijbol NCM. (2002) *Effectief Verplegen*. Hoofdstuk 11.

Dwingelo: Kavahna.

Carpenito, JL. (1998) *Zakboek Verpleegkundige diagnosen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing /Verpleegkundig

Wetenschappelijke Raad, CBO/VWR. (1994) *Consensus Verpleegkunde bij pijn*. Utrecht: CBO.

Kleef van M., Weber, WEJ., Winter, F., Zuurmond, WWA. (2000) *Handboek pijnbestrijding*.

Francke, AL. (1996) *Pijn als verpleegprobleem*. Dwingeloo: Kavahna.

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. (2003) *Richtlijn Postoperatieve Pijnbehandeling*.

Transferpunt Vaardigheidsonderwijs. (2001) *Zorg voor de chirurgische patiënt*. Werkcahier niveau 5. Houten /Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wit. de R. (2001) *De verpleegkundige en pijnbestrijding*. Houten

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

## 2.2 Chronische benigne pijn

### Kerncompetentie

Om de chronische benigne pijn bij de patiënt te verlichten en zijn autonomie te vergroten, kan de verpleegkundige, werkzaam op niveau 4 of 5 onderscheid maken tussen chronische en acute pijn en op een professioneel verantwoorde wijze farmacologische en niet-farmacologische interventies verrichten.

### Toelichting

Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring, die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die wordt beschreven in termen van een dergelijke weefselbeschadiging (IASP, 1979).

Chronische pijn is de toestand waarin iemand langer dan zes maanden achter elkaar pijn ervaart.

Als zorgverlener kan de verpleegkundige op een vraaggerichte wijze en met inachtneming van professionele standaarden zorg bieden aan de patiënt met chronische benigne pijn.

Het doel is de pijn terug te brengen tot een voor de patiënt draaglijk niveau, met als uitgangspunt de NRS. Deze moet  $< 4$  zijn op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 geen pijn is en 10 de ergst denkbare pijn.

De verpleegkundige zal hiertoe gebruik maken van haar expertise op het gebied van pijn en pijnbehandeling en de gevolgen die pijn heeft op het herstel van de patiënt. Tevens moet de verpleegkundige zich bewust zijn dat pijn multifactureel bepaald wordt en dat factoren die pijn beïnvloeden meegenomen dienen te worden in de pijnbehandeling.

### Bij

het verlenen van verpleegkundige zorg aan de patiënt met chronische benigne pijn

### gaat het om

Nummer	Tekst
1	dat men op de hoogte is van de kernsymptomen en de karakteristieke symptomen van het ziektebeeld van de patiënt en de beperkingen die dit met zich meebrengt
2	welke invloeden de klachten doen toenemen of afnemen
3	copingstrategieën

### zodat

de pijn van de zorgvrager tot een draaglijk niveau gereduceerd wordt ( $NRS \leq 4$ ), de validiteit van de patiënt zo optimaal mogelijk is en complicaties als gevolg van de pijn zoveel mogelijk voorkomen worden.

### a) Competentie

Het vaststellen van chronische benigne pijn bij de patiënt door verpleegkundigen wordt zo mogelijk gebaseerd op verpleegkundige evidence based diagnostiek met behulp van pijnmeetinstrumenten.

### Toelichting

Om chronische benigne pijn vast te stellen moet de verpleegkundige bekend zijn met de definitie van chronische pijn en de verschijnselen die vaak of regelmatig aanwezig zijn bij de patiënt met chronische benigne pijn. De verpleegkundige moet zich bewust zijn dat niet altijd van een actuele weefselbeschadiging sprake is en dat chronische pijn ernstige consequenties heeft voor de patiënt op emotioneel, fysiek en sociaal-maatschappelijk gebied.

Daarnaast moet de verpleegkundige kennis hebben van pijnmeetinstrumenten en gebruik kunnen maken van een pijnanamnese. Zij moet deze instrumenten toe kunnen passen in de praktijk. Om chronische benigne pijn te kunnen vaststellen is het lezen van actuele

onderzoeksliteratuur /bestaande protocollen en richtlijnen t.a.v. de valkuilen, die voorkomen bij het vaststellen van pijn, een belangrijke voorwaarde.

### **Bij**

het vaststellen van chronische benigne pijn

#### **gaat het om**

Nummer	Tekst
1	dat niet altijd een aantoonbaar actief pathofysiologisch of pathoanatomisch proces aanwezig is
2	dat er een geschiedenis is van opeenvolgende en niet succesvolle interventies
3	dat er een verstoring is van het psychosociale functioneren

#### **zodat**

de pijn helder in kaart wordt gebracht

### **b) Competentie**

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

#### **Competentiebeschrijving**

Het verlichten van de pijn tot een voor de patiënt draaglijk niveau en het verbeteren van diens validiteit en kwaliteit van leven.

#### **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 maken met de behandeling en de wijze waarop hij daaraan kan bijdragen. Het beleid moet gericht zijn op: beïnvloeding van het beloop van de ziekte, zodat omkeerbare schade vertraagd wordt, vermindering van ziekteactiviteit, pijnbestrijding, copingtechnieken en behoud/verbetering van validiteit, zelfstandigheid en kwaliteit van leven.

### **Bij**

het toepassen van verpleegkundige interventies om pijn te reduceren

#### **gaat het om**

Nummer	Tekst
1	het geven van voorlichting aan een patiënt met chronische benigne pijn over: - het belang van een goede pijnbehandeling - het nut van gedoseerde rust en belasting, aanpassingen, hulpmiddelen, oefentherapie en conditieverbetering - wegnemen van misverstanden en vooroordelen m.b.t. pijn en pijnbehandeling - de beoogde resultaten rekening houdend met de patiënt en zijn mogelijkheden
2	gebruik van het pijnmeetinstrument - mogelijke farmacologische interventies en bijwerkingen - mogelijke niet-farmacologische interventies - kennis over PCA en vergelijkbare pompen
3	het opstellen van een stappenplan ter voorkoming/bestrijding van chronische benigne pijn
4	het uitvoeren van verpleegkundige interventies, hierbij gebruik makend van wetenschappelijke kennis, klinische expertise en de voorkeur van de individuele patiënt
5	uitvoeren van voorgeschreven maatregelen
6	kennis hebben van de indicaties, contra-indicaties, voor- en nadelen, complicaties,

	van de diverse methoden
7	evalueren van de uitgevoerde maatregelen en op basis van observaties deze maatregelen zonodig, in overleg met behandelend arts, aan te passen.
8	kennis te hebben van pijnmedicatie, de werking van pijnmedicatie en de bijwerkingen ervan
9	het toepassen van verpleegkundige interventies om pijn te reduceren, zoals regulering van de omgeving, d.m.v. comfort, ontspanningstechnieken, afleiding, huidstimulering, het bevorderen van de autonomie van de patiënt en het toepassen van warmte en koude.
10	indien nodig ondersteuning aan te bieden in de vorm van fysiotherapeut, maatschappelijk werk, psycholoog, ergotherapeut, revalidatiearts, pijn team.
11	het indien mogelijk betrekken van familie/ naasten bij de zorg

### **zodat**

de pijn voor de patiënt tot een draaglijk niveau (NRS < 4) is gebracht en diens validiteit verbeterd

### **c) Competentie**

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

### **Competentiebeschrijving**

Het evalueren van resultaten om te kijken of de beoogde resultaten zijn bereikt en de 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), validiteit en comfort (mate van lichamelijk en geestelijk welbevinden).

De verpleegkundige moet nagaan of het beoogde 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.

### **Bij**

het evalueren van beoogde resultaten van pijn en pijnbeleving

### **gaat het om**

Nummer	Tekst
	de verpleegkundige observaties van de patiënt en zijn/haar pijnklachten aan de hand van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbale uitingen van pijn</li> <li>- frequentie van pijn</li> <li>- duur van de pijnaanvallen</li> <li>- non-verbale uitingen van pijn (gelaatsuitdrukkingen, beschermende lichaamshouding)</li> <li>- verandering in vegetatieve fysiologische reacties</li> <li>- spierspanning</li> <li>- pijn in rust /beweging</li> </ul>
	de verpleegkundige signaleert het lichamelijk welbevinden van de patiënt
	de verpleegkundige signaleert het geestelijk welbevinden van de patiënt
	de verpleegkundige is op de hoogte van de tevredenheid van de patiënt over de pijnbestrijding

## **zodat**

de pijn tot een voor de patiënt draaglijk niveau (NRS < 4) is teruggebracht

**Werkvorm:** Hoorcollege, studietaak, simulatie patiëntencontact.

## **Literatuur:**

Bruijn-Kofman, de A. (2004) *Leven met chronische pijn*. Bohn Stafleu Van Lochum, Houten.  
Carpenito, JL. (1998) *Zakboek Verpleegkundige diagnosen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.  
Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing /Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad, CBO/VWR. (1994) *Consensus Verpleegkunde bij pijn*. Utrecht: CBO.  
Franke, AL. (1996) *Pijn als verpleegprobleem*. Dwingeloo:Kavahna  
Kleef, M. van, Weber, WEJ., Winter, F., Zuurmond, WWA. (2000) *Handboek pijnbestrijding*, Leusden  
Wit, de R. (2001) *De verpleegkundige en pijnbestrijding*. Houten  
McCloskey, JC., Bulechek, GM. (2000) *Verpleegkundige Interventies*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

## **2.3 Oncologische pijn**

### **a) Competentie**

Het vaststellen van pijn bij de oncologische patiënt door verpleegkundigen.

### **Competentiebeschrijving**

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

### **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) en ontwikkelingsbepaalde factoren (leeftijd, prognose).

De verpleegkundige dient zowel kennis te hebben van unidimensionele meetinstrumenten, bijvoorbeeld: de Visual Analoge Schaal (VAS), de Numerieke beoordelingsschaal (NRS), de Verbale beoordelingsschaal (VRS), de Comfort schaal en Flacc, als van multidimensionele meetinstrumenten, bijv: de pijnanamnese. Daarnaast is het pijndagboek een goed hulpmiddel om inzicht te verkrijgen in het verloop van de pijnklachten. Zij moet deze meetinstrumenten kunnen toepassen 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	effect van pijnmedicatie vaststellen op vastgestelde tijden
12	doorvragen over misvattingen, misverstanden ten aanzien van pijn die bij de patiënt leven
13	professionele attitude

### **zodat**

de patiënt niet onnodig pijn lijdt.

### **b) Competentie**

Het vaststellen van het beoogde resultaat bij de oncologische patiënt met pijn door verpleegkundigen werkend op niveau 4 en/ of 5

### **Competentiebeschrijving**

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

### **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 vraagt na of de patiënt pijn ervaart, vraagt naar de ernst van de pijn en vraagt of de pijn draaglijk is
2	De verpleegkundige vraagt na of de patiënt volledig en tijdig veranderingen in de pijn signaleert
3	De verpleegkundige vraagt na of de patiënt maatregelen toepast om het ontstaan van pijn of verergering van bestaande pijn te voorkomen
4	De verpleegkundige vraagt na of patiënt maatregelen toepast om zijn pijnbeleving te beïnvloeden
5	De verpleegkundige vraagt na of naasten begrip tonen voor pijn en aan kunnen sluiten bij de mogelijkheden van de patiënt met pijn

**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 verpleegkundigen.

**Competentiebeschrijving**

Het verlichten van de pijn tot een voor de patiënt draaglijk niveau (NRS < 5).

**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 maken met de behandeling en de wijze waarop hij daaraan kan bijdragen. Bijvoorbeeld door 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 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. Door het stimuleren van de huid kan de pijn prikkel worden beïnvloed (modulatie). Dit heeft een positief effect op de pijnbeleving. Door de energiebalans te reguleren wordt oververmoeidheid voorkomen; vermoeidheid kan bijdragen tot een toegenomen pijnervaring.

**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: zoals medicatietoediening via PCA-pomp, spinale pijnbestrijding, zenuwblokkade of ondersteunende behandelingen zoals fysiotherapie.
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
4	dat informatie wordt aangepast aan het kennisniveau van de patiënt, de pijnbehandeling en de conditie van de patiënt. Indien mogelijk worden naasten hierbij betrokken.

**zodat**

de pijn voor de patiënt tot een draaglijk niveau (NRS < 5) is gebracht.

**d) Competentie**

Het evalueren van resultaten bij de oncologische patiënt met pijn door 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 lichamelijk 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. Minimaal moet worden gestreefd naar een klinische relevante afname van de pijn (2 punten op een 0-10-schaal en/of afname met 30%) en bij voorkeur naar een pijnintensiteit van < 5. 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 pastor.

**Bij**

het evalueren van beoogde resultaten van pijn en pijnbeleving

**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, bevorderen van comfort en rust, massage en toepassen van warmte en koude
5	de verpleegkundige verstrekt pijnstillers op de juiste wijze
6	de verpleegkundige herkent bijwerkingen als gevolg van de pijnmedicatie
7	de verpleegkundige schakelt naar aanleiding van waarschuwingssignalen andere hulpverleners in
8	de verpleegkundige herkent aan pijn gerelateerde symptomen
9	de verpleegkundige geeft aan dat de pijn adequaat bestreden is
10	de verpleegkundige signaleert het lichamelijk welbevinden van de patiënt
11	de verpleegkundige signaleert het geestelijk welbevinden van de patiënt
12	de verpleegkundige is op de hoogte van de tevredenheid van de patiënt over de pijnbestrijding
13	de verpleegkundige houdt zorgvuldig het zorgdossier bij
14	de verpleegkundige draagt zorg voor goede communicatie tussen hulpverleners en de patiënt en hun naasten.

## **zodat**

de pijn voor de patiënt tot een draaglijk niveau (NRS < 5) is gebracht.

## **Werkvorm:**

### **Literatuur**

- Achterberg, van Th. , Eliens, AM & Strijbol NCM. (2002) *Effectief Verplegen*. Hoofdstuk 11. Dwingelo: Kavahna.
- Carpenito, JL. (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, AL. (1996) *Pijn als verpleegprobleem*. Dwingeloo: Kavahna.
- Gordon, M. (2008) *Handleiding verpleegkundige diagnostiek*. Maarssen Integraal Kankercentrum Midden Nederland /IKMN. (2006) *Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht: VIKC.
- Kleef, van M. , Weber, WEJ., Winter, F., Zuurmond WWA. (2000) *Handboek Pijnbestrijding*. Leusden: De Tijdstroom.
- Nederlandse Kankerbestrijding /KWF. (2004) *Pijnbestrijding bij kanker*.
- Nederlands Vereniging voor Anaesthesiologie. (2008) *Richtlijn: Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker*. Utrecht.
- Spreekuur Thuis. (2002) *Pijndagboek bij kanker*. Wormer: Inmerc B.V.
- Tóth-van den Berg, J. & Rees, van T. (2001) *De kankerpatiënt. Een boek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners*. Hoofdstuk 12. Houten /Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wit, de R. (2001) *De verpleegkundige en pijnbestrijding*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum
- Wit, de R. (1999) *Cancer pain and how to relieve it*. Maastricht.

[www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl)

[www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)

## **2.4 Pijnbestrijding in de palliatieve fase**

### **Inleiding**

Om pijn bij de patiënt in de palliatieve fase te verlichten tot een draaglijk niveau, kan de verpleegkundige op professioneel verantwoordde wijze de pijn inzichtelijk maken, verpleegkundige diagnoses gerelateerd aan pijn opstellen, verpleegplannen opstellen en interventies uitvoeren en deze evalueren.

### **a) Competentie**

Het vaststellen van pijn bij de patiënt in de palliatieve fase door verpleegkundigen niveau 4 en/ of 5

### **Competentiebeschrijving**

Pijn vaststellen bij patiënten met pijn in de palliatieve fase met behulp van pijnmeetinstrumenten en zo mogelijk gebaseerd op evidence based diagnostiek.

### **Toelichting**

Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en het behandelen van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (WHO 2002).

Om pijn in de laatste levensfase zo goed mogelijk te bestrijden is het belangrijk dat er voldoende inzicht is in de oorzaak, de verschijnselen en de gevolgen die pijn heeft voor de patiënt. Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het signaleren, observeren en registreren van pijn. De verpleegkundige dient uit te gaan van de functionele gezondheidspatronen (Gordon). Om de pijn en de mate waarin de patiënt daar last van heeft, in kaart te brengen dient de verpleegkundige kennis te hebben van de pijndiagnoses, onderverdeeld in type pijn, de oorzaak van de pijn en de emotionele toestand van de patiënt. Verder dient men kennis te hebben van de verschillende pijnsyndromen, factoren die de pijn doen verergeren en verminderen en de principes van pijnbehandeling. Om de pijnklachten van de patiënt te kunnen beoordelen dient de verpleegkundige gebruik te maken van pijnmeetinstrumenten, de pijnanamnese, het pijndagboek en pijnpaspoort. Het lezen van actuele onderzoeksliteratuur t.a.v. de valkuilen, die voorkomen, bij het vaststellen van pijn is een belangrijke voorwaarde.

## Bij

Het vaststellen van pijn in de palliatieve fase

### gaat het om

Nummer	Tekst
1	verbale uiting van pijn
2	non-verbale uiting van pijn
3	vegetatieve fysiologische reacties (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	effect van pijnmedicatie vaststellen op vastgestelde tijden
12	doorvragen over misvattingen, misverstanden ten aanzien van pijn die bij de patiënt leven
13	klachten/ symptomen signaleren
14	anticiperen op mogelijke bijwerkingen als gevolg van pijnmedicatie

### zodat

de pijn van de patiënt tot een draaglijk niveau (NRS < 5) wordt teruggebracht, complicaties als gevolg van pijn beperkt blijven en de kwaliteit van leven verbetert.

## b) Competentie

Het vaststellen van het beoogde resultaat bij de patiënt met pijn in de palliatieve fase door verpleegkundige werkend op niveau 4 en/ of 5.

### Competentiebeschrijving

De beoogde resultaten liggen afhankelijk van de oorzaak, op het gebied van voorkomen en/ of op 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 voor de patiënt.

### 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 in de zorg voor patiënten met pijn in de palliatieve fase

### **gaat het om**

Nummer	Tekst
1	dat de verpleegkundige de persoonlijke wensen en gebruiken van de patiënt als uitgangspunt voor haar handelen neemt
2	dat de verpleegkundige navraagt of de patiënt en familie de principes van pijnbehandeling kennen en hier zo nodig op anticipeert
3	dat de verpleegkundige navraagt of de patiënt tijdig veranderingen in de pijn aangeeft
4	dat de verpleegkundige navraagt of de patiënt geen pijn ervaart of de pijn op een draaglijk niveau ervaart
5	dat de verpleegkundige navraagt of de patiënt kwaliteit van leven ervaart cq comfortabel voelt, waarbij hij zo min mogelijk door pijn wordt belemmerd
6	dat de verpleegkundige de patiënt en familie in de zorg betrekt en laat meebeslissen welke zorg op welke manier en op welk moment gegeven wordt

### **zodat**

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

### **c) Competentie**

Het toepassen van verpleegkundige interventies bij de patiënt met pijn in de palliatieve fase door de verpleegkundige op niveau 4 en/ of 5

### **Competentiebeschrijving**

Het verlichten van pijn in de palliatieve fase tot een voor de patiënt draaglijk niveau (NRS < 5).

## Toelichting

Pijn wordt beïnvloed door verschillende factoren zoals andere lichamelijke klachten, sociaal/culturele factoren, de levensbeschouwing, het levensverhaal van de patiënt en de wijze waarop de patiënt omgaat met moeilijke situaties in zijn leven. Ook inzicht in eigen pijnbeleving en kennis van de mogelijkheden om pijn te behandelen zijn medebepalend voor de manier waarop iemand pijn beleeft. In de palliatieve fase is de zorg gericht op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven van de patiënt en zijn naasten. Om pijn zo goed mogelijk te behandelen wordt getracht behandelbare oorzaken van pijn te beïnvloeden. Dit vraagt om een goede analyse van de aard en het verloop van de pijn en om beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg, goede communicatie met alle betrokkenen en verslaglegging in dossiers.

## Bij

Het toepassen van verpleegkundige interventies om pijn in de palliatieve fase te reduceren

### gaat het om

Nummer	Tekst
1	het bevorderen van de autonomie van de patiënt door het geven van informatie, instructie en begeleiding bij de pijnanamnese, de pijnregistratie en het gebruik van het pijndagboek.
2	het bevorderen van medicatietrouw door het geven van informatie, instructie en begeleiding bij het gebruik van pijnmedicatie.
3	het bevorderen van medicatietrouw door het geven van informatie, instructie en begeleiding bij het gebruik van andere pijnverminderende medicatie zoals bisfosfanaten, corticosteroïden, antidepressiva en slaapmedicatie.
4	het bevorderen van toepassing van leefregels door het geven van informatie, instructie en begeleiding bij radiotherapie of nucleaire behandeling.
5	het bevorderen van inzicht door het geven van informatie, instructie en begeleiding bij invasieve ingrepen zoals een palliatieve operatie, infusie van vocht of (subcutane) medicatie en ingrepen aan het zenuwstelsel zoals zenuwblokkades en spinale pijnbestrijding
6	het bevorderen van comfort door het geven van informatie, instructie en begeleiding bij niet farmacologische interventies zoals massage, het toedienen van warmte en/ of koude, regulering van de energiehuishouding, muziek en afleiding.
7	het bevorderen van interdisciplinaire zorg door het raadplegen van andere disciplines zoals fysiotherapie, maatschappelijk werk, psychologie en pastoraat. diëtiste, thuiszorg en pijnteam.

## zodat

de pijn is teruggebracht tot een voor de patiënt draaglijk niveau (NRS < 5).

## d) Competentie

Het vaststellen van resultaten om te beoordelen of de beoogde resultaten zijn bereikt bij de patiënt met pijn in de palliatieve fase.

## Competentiebeschrijving

Het vaststellen van de resultaten van de verpleegkundige interventies om vast te stellen of het beoogde resultaat bereikt is.

## Toelichting

Het vaststellen van de resultaten van verpleegkundige interventies vindt plaats door observatie en evaluatie van de pijnbeleving, het pijnbestrijdinggedrag (de mate waarin de patiënt acties onderneemt om zijn pijn te verminderen) en comfort (de mate van lichamenlijk, psychosociaal en geestelijk welbevinden).

Uitgaande van de gestelde interventies gaat de verpleegkundige na wat het effect is op de pijnbeleving. Evaluatie vindt minimaal twee keer per 24 uur plaats. Minimaal moet worden gestreefd naar een klinische relevante afname van de pijn (2 punten op een 0-10 schaal en/ of afname met 30%) en bij voorkeur naar een pijnintensiteit van < 5.

Uitkomsten worden geregistreerd in het verpleegkundig dossier. De pijnintensiteit wordt uitgezet in een grafiek.

Indien het effect van de interventies beperkt is, wordt het beleid bijgesteld en/ of uitgebreid. Bij goed effect wordt het ingestelde beleid voortgezet en bij een beperkt effect vindt bijstelling van interventies plaats.

### **Bij**

Het vaststellen van de resultaten van verpleegkundige interventies bij pijn in de palliatieve fase

#### **gaat het om**

Nummer	Tekst
1	verwoorden van pijn
2	expressief gedrag zoals rusteloosheid, kreunen, gelaatsuitdrukkingen, beschermende lichaamshouding
3	afleidingsgedrag zoals hen een weer lopen, het opzoeken van andere mensen en zich herhalende activiteiten
4	verandering in de vegetatieve fysiologische reacties zoals zweten en verandering van bloeddruk, pols en ademhaling
5	spierspanning
6	op zichzelf gericht zijn
7	vernauwde aandacht
8	slaapstoornis
9	verandering in eetlust en eten.

#### **zodat**

de pijn is teruggebracht tot een voor de patiënt draaglijk niveau (NRS < 5).

### **Bij**

het evalueren van de beoogde resultaten van pijnbestrijdinggedrag ten behoeve van het bereiken van comfort

#### **gaat het om**

Nummer	Tekst
1	de verpleegkundige herkent de oorzakelijke factoren van pijn
2	de verpleegkundige realiseert zich wanneer de patiënt pijn heeft en wanneer er sprake is van doorbraakpijn
3	de verpleegkundige neemt preventieve maatregelen
4	de verpleegkundige herkent aan pijn gerelateerde symptomen en signalen
5	de verpleegkundige verstrekt pijnmedicatie op de juiste wijze en stimuleert de patiënt de patiënt medicatie op vaste tijden en escapemedicatie zo nodig in te nemen.
6	de verpleegkundige neemt niet-medicamenteuze maatregelen en stimuleert hierbij een actieve houding van de patiënt zoals bij ontspannings- en afleidingstechnieken, bevorderen van rust en comfort, massage en toepassen van warmte en koude.
7	de verpleegkundige is op de hoogte van de tevredenheid van de patiënt over de pijnbestrijding, met de persoonlijke gebruiken en wensen van de patiënt als uitgangspunt
8	de verpleegkundige signaleert de mate van welbevinden van de patiënt op

	lichamelijk, psychosociaal en spiritueel gebied.
9	de verpleegkundige en/of de patiënt geeft aan dat de pijn adequaat is bestreden. en rapporteert dit

**zodat**

de pijn tot een voor de patiënt draaglijk niveau (NRS < 5) is teruggebracht.

**Werkvorm:**

**Literatuur:**

Gordon, M. (2008) *Handleiding verpleegkundige diagnostiek*. Maarssen  
Integraal Kankercentrum Midden Nederland /IKMN (2006). *Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht Utrecht: VIKC.

NANDA-1. (2007) *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008*.

Nederlands Vereniging voor Anaesthesiologie. (2008) *Richtlijn: Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker*. Utrecht.

Spreeuwenberg, C., Bakker, DJ., Dillman, RJM. (2002) *Handboek palliatieve zorg*.

Wit, de R. (1999) *Cancer pain and how to relieve it*. Maastricht.

[www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)

[www.palliatief.nl](http://www.palliatief.nl)

