

I Probleem

Pijn is *“een onaangename sensorische en emotionele ervaring die geassocieerd wordt met een bestaande of dreigende weefselbeschadiging”*. Het is een subjectieve ervaring, en *“het onvermogen om verbaal te communiceren sluit niet uit dat een individu mogelijks pijn lijdt en nood heeft aan een geschikte, pijnstillende behandeling.”* (International Association for the Study of Pain – IASP)

Pijn is een van de voornaamste redenen om een palliatief zorgprogramma te initiëren voor een persoon. Meestal wordt pijn ervaren wanneer er sprake is van weefselbeschadiging, vooral aan muskuloskeletale (bv. artritis, breuken, perifere vasculaire ziekten, wonden) en neurologische weefsels (bv. diabetische neuropathie, herpes zoster). De intensiteit van pijn is een subjectieve kwestie en is niet noodzakelijk evenredig met het type en de mate van weefsel- of systeem schade. Wanneer een persoon palliatieve zorg krijgt, is het belangrijk om te erkennen dat pijn in verschillende gebieden kan ontstaan.

Vaak kunnen personen geen volledige beschrijving geven aan het klinisch team of de informele zorgverlener over de aard en de ernst van de pijn. Het is mogelijk dat de pijn erger is dan de zorgverlener verwacht na het zien van de pijnlijke gebieden omdat verschillende psychosociale factoren ook een rol spelen. Pijn kan de persoon beperken in activiteiten en de slaap verstoren. Het kan leiden tot een gevoel van hulpeloosheid, angst en depressie. Het is mogelijk dat personen met een spraakverlies en andere neurologische condities niet in staat zijn om de ernst van de pijn te uiten. Het is algemeen geweten dat pijn de familie sterk verontrust.

Het controleren van de pijn gaat verder dan het gebruik van pijnstillers. Het omvat interventies om de functionele capaciteit en de levenskwaliteit van de persoon te verbeteren en de bezorgdheid van de zorgverlener te verminderen. Afleidende activiteiten kunnen plezierig zijn en kunnen de pijn verminderen.

De agressiviteit waarmee de precieze oorzaak van pijn onderzocht wordt, hangt af van de medische toestand en de levensverwachting van de persoon. Toch is het belangrijk om de pijn en pijnsymptomen (bv. kortademigheid) vroegtijdig aan te pakken.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- Zorg dat de persoon zo weinig mogelijk lijdt.
- Identificeer en behandel onderliggende oorzaken van pijn.
- Optimaliseer het vermogen om ADL-activiteiten uit te voeren.
- Controleer de doeltreffendheid van de behandeling en ongunstige gevolgen en pas de therapie aan waar nodig.

II CAP-ACTIVERING

De pijn-CAP is van toepassing bij personen die pijn ervaren, ongeacht of hun toestand terminaal is of niet in de nabije toekomst. In sommige gevallen is er een onmiddellijke interventie nodig (bv. pijn die

wijst op een acute druk op de ruggengraat of verlamrende pijn). Het is belangrijk om pijn zorgvuldig te beoordelen als er sprake is van slaapgebrek, weinig eetlust of gedragsveranderingen.

De activatie van deze CAP is gebaseerd op een pijnschaal die verschillende pijn-elementen uit het BelRAI PC instrument combineert. De resulterende schaal heeft vijf niveaus:

- (0) Geen pijn
- (1) Milde of matige pijn maar geen doorbraakpijn
- (2) Milde of matige pijn en doorbraakpijn
- (3) Ernstige of intense pijn maar geen constante pijn
- (4) Ernstige of intense pijn en constante pijn

- GEACTIVEERD ALS HOGE PRIORITEIT:** de persoon ervaart ernstige of intense pijn en de pijn is al of niet constant aanwezig (Pijnschaal code 3 en 4).
- GEACTIVEERD ALS MATIGE PRIORITEIT:** de persoon ervaart milde of matige pijn en doorbraakpijn (Pijnschaal code 2).
- NIET GEACTIVEERD:** de persoon ervaart geen of matige pijn zonder doorbraakpijn.

III RICHTLIJNEN

De verschillende pijnactiveringen beïnvloeden de urgentie waarmee pijn aangepakt moet worden. Pijn moet snel behandeld worden bij personen die ernstige of intense pijn ervaren.

Beoordeling

Pijn moet stapsgewijs aangepakt worden. Eerst is het belangrijk om de kenmerken, de ernst en de gevolgen van de pijn te bepalen. Dan is het mogelijk om de mogelijke benaderingen na te gaan om de pijn te bestrijden.

- **Kenmerken van pijn:** Om pijn effectief te behandelen is het belangrijk om de locatie, de intensiteit en de kenmerken van de pijn te bepalen. Een beschrijving van de pijn helpt om de oorzaak en het type therapie te bepalen. Bijvoorbeeld, pijn met een neuropathische oorsprong (brandende pijn, verdovende pijn) is anders dan musculoskeletale pijn (verpletterende pijn, kloppende pijn, stekende pijn) of viscerale pijn (krampen en opstoppingen). De gradatie van pijn hangt af van de mate waarin de persoon de pijn ervaart en informatie over de beste en slechtste periodes en wat de pijn beter of slechter maakt. Als een persoon gedesoriënteerd, lethargisch of sprakeloos is, is het belangrijk om te bepalen in welke mate de pijn hinderlijk is. Het is ook aan te raden om de pijnniveaus te registreren zodat de effectiviteit van de behandelingen achteraf bepaald kan worden.
- **Bijkomende klinische evaluatie:** een lichamelijk onderzoek en radiologische studies kunnen vaak een vereiste zijn. Dit is echter niet altijd het geval voor palliatieve personen. De persoon kan individueel beslissen welke tests, radiologische procedures en andere studies uitgevoerd mogen worden.

- **Evaluatie van de pijncontrole:** het is belangrijk om te bepalen hoe effectief een bepaalde interventie geweest is. Als de pijn niet verminderd is of erger geworden is, moet men het pijncontroleprogramma aanpassen.
- **Culturele overwegingen:** het zorgteam moet rekening houden met culturele factoren die de bereidheid kunnen beïnvloeden om te praten over de intensiteit van de pijn. Voor bepaalde groepen kan stoïcisme de persoon verhinderen om te praten over de pijn. Soms gaat het personeel in een instelling ook minder aandacht besteden aan personen die frequent hun pijn uiten. Anderzijds zal een persoon die in het verleden al veel pijn heeft gehad, ontkennen dat hij pijn heeft of de ernst minimaliseren.
- **Niet-verbale tekenen van pijn:** het betreft hier gelaatsuitdrukkingen (bv. fronsen, grimassen), zuchten en kreunen. Somatisering kan ook aanwezig zijn. Als een persoon een langdurige statische positie behoudt, kan het zijn dat hij/zij pijn heeft als hij/zij beweegt. Ook de stemming van de persoon kan veranderen door de pijn (zie CAP stemmingsstoornissen). Personen die gewoonlijk altijd op de been zijn, kunnen routine-activiteiten veranderen omwille van de pijn. Sommige personen zullen minder betrokken raken bij dagelijkse activiteiten of minder eten of drinken. In bepaalde gevallen kan een verandering in de mentale toestand het enige teken van pijn zijn. Personen met dementie kunnen pijn hebben maar het kan moeilijk zijn om de intensiteit en de oorzaak van de pijn te bepalen.
- **Andere overweging:** het is ook belangrijk om te bepalen in welke mate pijn de emotionele toestand, de functionele toestand, het hongergevoel en de slaap beïnvloedt.

Behandeling van pijn

- **Persoonlijke voorkeuren:** het is belangrijk om de behandelmethode te bespreken met de persoon en zijn of haar familie en te vragen naar hun voorkeuren en verwachtingen. Dit verhoogt de betrokkenheid en de waarschijnlijkheid dat de zorgdoelen bereikt zullen worden. Bijvoorbeeld, het is niet ongevoel dat personen aan het einde van hun leven liever een bepaalde mate van pijn ervaren dan grote dosissen medicatie in te nemen die ervoor zorgen dat de hij/zij minder alert wordt. Niettemin is het altijd beter om pijn te voorkomen dan te genezen.
- **Betrokkenheid van de familie:** het palliatieve zorgteam is niet altijd in staat om de resultaten van de behandeling te controleren. Daarom is het belangrijk om informatie te verkrijgen van de familie over de behandeling en de impact ervan op het leven van de persoon. Het is aan te raden om de familieleden te informeren over de geneesmiddelen die gebruikt worden, hoe zwaar de medicatie is, hoe snel men mag verwachten dat de medicatie effect heeft en hoe lang het zal duren vooraleer de pijn terugkomt.
- **De reactie op de behandeling controleren:** als de persoon nog steeds pijn heeft na de inname van een adequate pijnstiller, overweeg dan de mogelijkheid dat de familie de medicatie niet toedient uit angst dat de medicatie de persoon slaperig of stiller maakt. Verder is het zo dat oudere personen vaak weigeren om te praten over pijn of tegen anderen te zeggen dat de behandeling ineffectief is. Sommige personen vrezen dat ze verslaafd zullen raken aan pijnstillers

en nemen daarom de voorgeschreven medicatie niet in.

- **Farmacologische pijnbestrijding:** meestal wordt pijn bestreden met medicatie. Er zijn verschillende richtlijnen die kunnen helpen om te bepalen welke medicatie gebruikt moet worden (bv. WHO Ladder).
 - Als orale pijnmedicatie toegediend wordt is het aan te raden om de dosering en frequentie van de toediening door informele zorgverleners te laten uitvoeren. Het is beter om pijn te voorkomen dan te genezen. Daarom is de beste behandeling vaak om rond de klok pijnstillers toe te dienen bij terminale personen. Soms kan er gebruik gemaakt worden van zelf-toedienbare pijnmedicatie, zodat de persoon al vroegtijdig kan anticiperen op de pijn. Als de pijn niet goed gecontroleerd wordt, kan het nodig zijn om bijkomende medicatie toe te dienen of andere medicatie te gebruiken. Het is belangrijk om instructies te geven over hoe men moet omgaan met doorbraakpijn.
 - Neveneffecten zoals misselijkheid en constipatie komen veel voor maar zijn meestal makkelijk te behandelen.
 - Sommige personen zijn bang dat de pijnmedicatie hun bewustzijnsniveau zal verminderen of hen slaperig zal maken. Men moet deze personen informeren dat deze neveneffecten met de tijd minder zullen voorkomen. Aangezien veel pijnmedicatie constipatie veroorzaakt, moet dit vermeld worden als men ze voorschrijft omdat de persoon ze dan misschien niet wil innemen.
 - Sommige personen willen zeker zijn dat ze zo weinig mogelijk pijn zullen hebben, vooral wanneer ze regelmatig een sociale activiteit bijwonen. Men kan deze personen dan meer pijnmedicatie voorschrijven zodat ze die medicatie kunnen innemen vooraleer de sociale activiteit plaatsvindt.
- **Niet-farmacologische pijnbestrijding:** niet-farmacologische behandelingen kunnen ook overwogen worden. Bijvoorbeeld, voor personen met kanker die beenderpijn hebben, is radiotherapie in combinatie met narcose de beste behandeling. Sommige personen kunnen zich beter voelen na een behandeling die de gewrichten of de ruggengraat stabiliseert. Anderen kunnen minder pijn ervaren als een bepaalde zenuw geblokkeerd wordt. Soms kan pijn gematigd worden door koude of warme kompressen te gebruiken of een ledemaat in een bepaalde positie te leggen met kussens zodat het minder of geen pijn meer doet. Een deel van de palliatieve benadering omvat andere therapieën zoals acupunctuur, relaxatie en beeldspraaktherapie. Een persoon kan gerustgesteld worden of beter in staat zijn om de pijn te tolereren als hij/zij iemand heeft die gezelschap biedt, luistert en empathisch is.
- **Andere overwegingen:** het is ook belangrijk om de persoon gerust te stellen en het schuldgevoel weg te nemen dat soms gepaard gaat met pijn. Frequente pijn is vaak geassocieerd met slapeloosheid. Pijn wordt ook geassocieerd met angst en depressie.

AANVULLENDE BRONNEN

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. 2003. Depression and pain comorbidity. *Archives of Internal Medicine* 163:2433-2445.

Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, Lipsitz L,

Steel K, Mor V, for the SAGE Study Group.1998. Management of pain in elderly persons with cancer. *Journal of the American Medical Association* 279(23):1877-1882.

Finne-Soveri UH, Ljunggren G, Schroll M, Jonsson PV, Hjaltadottir I, El Kholy K, Tilvis RS. 2000. Pain and its Association with Disability in the Institutional Long-Term Care in four Nordic Countries. *The Canadian Journal on Aging (Suppl 2)* 19:S38-49.

Griffie J, Muchka S, Weissman D. 2000. Nursing Staff Education Resource Manual: Pain Management 101: a six session in-service education program in pain management for long term care facilities. Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin. Division of Hematology/Oncology, 9200 W. Wisconsin Ave., Milwaukee, Wisconsin 53226. (414) 805-4605.

Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE, Thomas Cross J, Owens DK. 2008. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 148: 142-146.

Zyckzkowska J, Szczerbińska K, Jantzi MR, Hirdes JP. 2007 Pain among the oldest old in community and institutions. *Pain* 129(1-2):167-176.

American Pain Society. Available at: www.ampainsoc.org.

Palliative Medicine Program at the Medical College of Wisconsin. Available at: www.mcu.edu/pallmed.

Auteurs

Aida Won, MD

Harriet Finne-Soveri, MD, PhD

Dinnus Frijters, PhD

Giovanni Gambassi, MD

Katharine M. Murphy, PhD, RN

John N. Morris, PhD, MSW

R. Knight Steel, MD

Elizabeth Steel, RN, MSW

Debbie Gravell, RN