

PIJNMETING

Pijnmeten is van belang voor het opstellen van een optimaal behandelplan, het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en hulpverlener en voor een evaluatie van de behandelresultaten. Wanneer de pijn beter in kaart gebracht wordt, kan adequater behandeld worden en soms chronische pijn worden voorkomen. Voor een goede pijnbestrijding is het gebruik van een pijnbeoordelingsinstrument onontbeerlijk.

Pijnmeting kan ingedeeld worden in:

1. Objectieve pijnmeting:

Men spreekt van objectieve pijnmeting wanneer de hulpverlener de pijnbeoordeling baseert op fysiologische- en gedragsveranderingen

Fysiologische veranderingen:

Observatie van fysiologische verschijnselen (zoals genoemd bij verschijnselen van pijn).

Gedragsveranderingen:

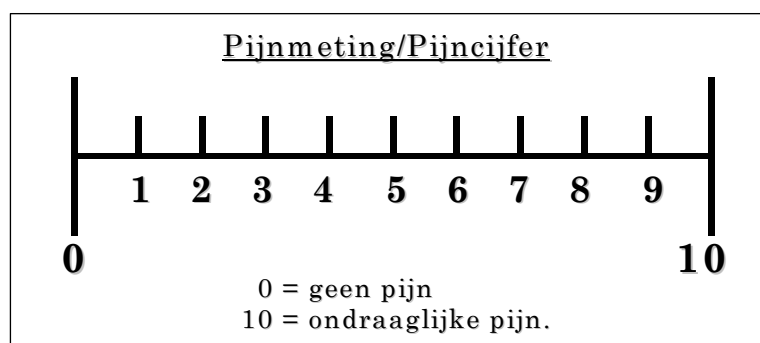
Observatie van veranderingen in de lichaamshouding, vocale reacties en gezichtsuitdrukkingen.

2. Subjectieve pijnmeting

Men spreekt van subjectieve pijnmeting wanneer de patiënt de mate van pijn zelf kan aangeven, zelf kan rapporteren.

VAS (Visual Analogue Scale)

Deze schaal bestaat uit een horizontale lijn van 10cm. De lijn is genummerd van 0 tot 10. Patiënten kunnen op een schuiflatje zelf aangeven wat voor cijfer zij de pijn die ze op dat moment ervaren, geven. De waarde 0 geeft een situatie zonder pijn aan. De waarde 10 geeft een situatie met de meest denkbare pijn.



Smile Analogue Scale

Bij pijnmeting met deze schaal kan de patiënt een van de figuren kiezen die het meest overeenkomt met de mate van pijn, die hij ervaart. Deze schaal wordt voornamelijk bij kinderen gebruikt.



Multidimensionale schalen:

Met behulp van multidimensionale pijnvragenlijsten kan de pijn van de patiënt op verschillende dimensies (sensorisch, affectief en evaluatief) beoordeeld worden, zodat een zo compleet mogelijk beeld van het probleem ontstaat.

In ons ziekenhuis meten we de pijn m.b.v. de VAS score (Visueel Analoge Schaal voor pijn).

Hiermee wordt op de verkoeverkamer al begonnen en vindt zijn voortzetting op de afdeling.

Het is een gegeven dat vooral op dag 0 (=dag van operatie) en dag 1 (=eerste dag na operatie) de pijn erg hevig. Op deze dagen dient de VAS veelvuldig te worden gemeten om goed geïnformeerd te zijn over de pijn, zodat we op de pijn kunnen anticiperen.

Het voordeel van pijnmeting is:

- het kost weinig tijd
- iedereen vraagt op dezelfde manier naar pijn: je spreekt dus dezelfde taal
- pijn wordt meer objectief meetbaar gemaakt
- pijn en pijnbeïnvloedende factoren worden bespreekbaar gemaakt

Een nadeel van pijnmeting is:

- sommige patiënten vinden het vaak moeilijk hun pijn in een cijfer uit te drukken
- de patiënt moet in staat zijn tot verbale communicatie

Op geleide van de VAS-score wordt het beleid t.a.v. pijn zonodig bijgesteld.

Belangrijk is:

- 1 Veelvuldig postoperatief informeren naar de pijnintensiteit tot goede pijnstilling is bereikt. Hiermee wordt op de verkoeverkamer al begonnen; de patiënt verlaat deze bij voorkeur niet voordat er een VAS-score is ≤ 4 of wanneer de pijn door de patiënt als acceptabel wordt aangegeven.
- 2 Aan de hand van de VAS-pijn wordt het beleid voor de pijnbestrijding aangepast en gevolgd volgens protocol.

- 3 Voortgangsrapportage en evaluatie van pijn zijn noodzakelijk. Hiervoor zijn speciale registratieformulieren ontwikkeld (formulieren betreffende PCA en epiduraal analgesie).
- 4 Vraag je bij het observeren altijd af:
IS DE PIJNINTENSITEIT, SOORT PIJN EN DE PLAATS IN OVEREENSTEMMING MET HET TRAUMA?
Zo niet of bij twijfel altijd de afdelingsarts op de hoogte stellen!

Na een operatie komt het vaak voor dat de patiënt weinig pijn ervaart wanneer hij/zij stil ligt en zich nauwelijks beweegt (pijngedrag). De patiënt zal dan in het algemeen een pijncijfer < 4 aangeven. Het is een open deur om te beweren dat dit een slechte zaak is (cave: trombose/embolie, pneumonie of atelectase, decubitus). Postoperatieve pijn wordt ervaren als een schrijnende tot scherpe pijn.

Behalve de vraag: **"Wat is de pijnscore als u stil ligt?"** moet de vraagstelling bij pijnmeting ook zijn:

"Wat is de pijnscore bij bewegen, doorademen, en ophoesten?"

of nog beter

"Durft u door te ademen, te bewegen en op te hoesten?"

Het antwoord op deze vraag is het criterium of de pijnstilling al dan niet voldoende is! Bij onvoldoende pijnstilling volgt altijd actie! Het APS-protocol voorziet in de te nemen maatregelen. Een uitspraak welke verleden tijd moet zijn is bijv. : *"U mag pas over twee uur weer iets hebben tegen de pijn!"*

Zoals al is opgemerkt is de VAS-pijnregistratie niet uitvoerbaar bij patiënten waarmee niet verbaal gecommuniceerd kan worden. Gedacht moet worden aan baby's, hele kleine kinderen, anderstaligen, comateuze patiënten of patiënten met ernstige cognitieve stoornissen. Het spreekt voor zich dat we dan zijn aangewezen op non-verbale pijnsignalen zoals stilliggen, kreunen, schreeuwen, grimassen, ademhaling, verhoging van pols en tensie, slapeloosheid, verminderde eetlust. Deze categorie patiënten heeft een speciale behandeling nodig.

Sedatiescore

Naast het meten van de pijn m.b.v. de VAS-score is het van groot belang om een sedatiescore te meten.

De sedatiescore wordt tijdens de postoperatieve controles bijgehouden. U observeert de patiënt gedurende enkele ogenblikken en beschrijft zijn/haar alertheid als volgt:

- 0 klaarwakker
- 1 licht slapend
- 2 slapend, goed wekbaar
- 3 slapend, moeilijk wekbaar
- 4 slapend, niet wekbaar
- S "normale slaap"