



***Pijnmeting en
pijnmedicatie
voor volwassenen***

Geachte heer, mevrouw,

In ons ziekenhuis hechten wij belang aan een kwalitatieve dienstverlening. Als patiënt hebt u recht op de nodige pijnbestrijding. Wij vinden het dan ook zeer belangrijk om bij alle patiënten (zowel opgenomen als ambulante patiënten) de juiste zorgen te verlenen om lichamelijk en psychosociaal lijden te behandelen, te verzachten en liefst nog te voorkomen.

Door sommige ziekten en/of beperkingen of na een heelkundige ingreep kan u pijn ervaren. Dit kan lastige gevolgen hebben (bijvoorbeeld: moeilijker kunnen bewegen, een verminderde eetlust) en dit kan uw genezingsproces nadelig beïnvloeden.

Pijn hoeft geen ‘noodzakelijk kwaad’ te zijn tijdens een ziekenhuisopname. Vaak is pijn wel degelijk te behandelen.

In ons ziekenhuis zijn *afspraken gemaakt over pijnbehandeling*. Vertel daarom de behandelde arts steeds over uw pijn.

Op de verpleegafdeling waar u opgenomen bent, zal de verpleegkundige u dagelijks vragen of u pijn hebt. Op deze manier kan men u een behandeling bieden waardoor u zich beter voelt. Welke behandeling het beste werkt, is afhankelijk van de soort pijn. Pijn kan immers verschillende oorzaken en gevolgen hebben. Daarom ervaart iedereen pijn op een verschillende manier en reageert iedereen er ook anders op.

Deze folder geeft u *algemene informatie over pijn, pijnmeting en medicatie* en informeert u over de manier waarop de verpleegkundigen en de medewerkers van de afdeling met uw eventuele pijnklachten omgaan.

Wat is pijn?

Pijn heeft een signaalfunctie. Het is een waarschuwing en geeft aan dat er iets fout is met het lichaam.

Pijn is een lastige bijkomstigheid van vele ziektes en operaties. Zo kan het -door de pijn- moeilijk zijn om diep door te ademen en te hoesten; de pijn kan u zelfs dwingen om stil te liggen. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor het genezingsproces.

Een veel gebruikte definitie van pijn luidt:

‘Pijn is wat de patiënt zegt dat het is en treedt op wanneer de patiënt zegt dat het optreedt.’

Dit wil zeggen dat iedereen zijn pijn anders ervaart/beleeft. Er kan dus nooit voor een ander worden bepaald of hij/zij pijn heeft en hoe ernstig deze pijn is.

Onderzoek heeft aangetoond dat *goede pijnstilling* veel voordelen heeft. Wanneer u minder pijn heeft na een operatie, kunt u beter slapen en -afhankelijk van de operatie- beter eten en drinken.

De functie van hart en longen is beter, u bent minder moe en heeft meer energie.

Hierdoor neemt ook uw lichamelijke en geestelijke draagkracht voor het herstel toe.

Pijnmeting

Veel mensen vinden het lastig om aan anderen uit te leggen hoeveel pijn ze hebben. Dit is heel begrijpelijk, een ander kan uw pijn immers niet voelen.

Toch is het belangrijk dat wij uw pijn kunnen meten en beoordelen om inzicht te krijgen in de pijnklacht. Daarom maken wij gebruik van een zogenaamd '*pijnmeetinstrument*': **de NRS-score**. Deze schaal wordt ook wel de numerieke beoordelingsschaal genoemd.

Hoe werkt dit? De verpleegkundige vraagt u of u pijn hebt. Zo ja, dan moet u de intensiteit van uw pijn beschrijven aan de hand van een **cijfer tussen 0 en 10**. Hierbij is 0 geen pijn en 10 de meest erge pijn die u zich kan voorstellen.

U kunt nooit een fout cijfer geven, het gaat om de pijn die u ervaart.

Aan de hand van deze scores kunnen we uw pijnbeleid aanpassen: indien uit de pijnmeting blijkt dat de grens van wat aanvaardbaar is overschreden wordt, zal de verpleegkundige u voorstellen om een pijnstiller te nemen. Het is niet altijd mogelijk om uw pijn volledig weg te nemen, maar wel tot een aanvaardbaar niveau te brengen.

Indien u een operatie hebt moeten ondergaan, krijgt u volgens een schema op vaste tijden pijnstilling toegediend. Aan de hand van de pijnmeting door de verpleegkundigen wordt de medicatie eventueel aangepast en krijgt u ofwel méér, ofwel een ander type pijnmedicatie.

- Bij patiënten die niet in de mogelijkheid zijn om te communiceren (bv: bij bepaalde ziekten of bij een vergevorderde dementie) meten wij de pijn via de **PAINAD**. Met dit observatie-instrument worden ademhaling, onrustgeluiden, gezichtsuitdrukking, lichaamstaal en troostbaarheid geobserveerd. Op basis hiervan wordt het pijncijfer bepaald.
- Op de afdeling intensieve zorgen (bij patiënten die in een kunstmatig coma worden gehouden) wordt de pijn gemeten via de **CPOT** (Critical Care Pain Observation Tool). Hierbij wordt eveneens een pijnscore toegekend op basis van een aantal parameters: stemgeluiden, gelaatsuitdrukking, lichaamsbeweging, spierspanning bij passief strekken/buigen van de bovenste ledematen en al dan niet 'vechten' tegen de beademingsmachine).

Er zijn verschillende soorten pijn

1. INDELING OP BASIS VAN DE DUUR

▪ **Acute pijn**

Bij pijn treedt een pijnprikkel op. Die prikkel gaat via de zenuwbanen naar de hersenen. De hersenen zullen de prikkel vertalen naar pijn die u ergens in het lichaam ervaart.

Acute pijn ontstaat plotseling en heeft meestal een waarschuwing-functie. Ze geeft aan dat er iets ongewoons gebeurt in het lichaam (bv. een brandwonde).

Deze pijn is niet alleen onaangenaam, ze lokt ook reacties uit in het lichaam die de genezing kunnen vertragen. Als deze pijn niet voldoende wordt behandeld, bestaat de kans dat ze evolueert naar chronische, veel moeilijker behandelbare pijn.

▪ **Subacute pijn**

Deze pijn duurt enkele weken.

▪ **Chronische pijn**

Deze vorm van pijn wordt gekenmerkt door pijn die langer dan 3 tot 6 maanden blijft aanhouden ondanks alle mogelijke behandelingen. De pijnervaring is een zeer individueel gegeven. Verschillende factoren kunnen een rol spelen bij het meer of minder ervaren van pijn: uw omgeving, opvoeding, cultuur, pijngevoeligheid, uw individuele pijndrempel, ...).

Chronische pijn is complexer van aard en over het algemeen minder eenvoudig te behandelen omdat de relatie met de weefselschade minder duidelijk is. Het is daarom van belang om zo snel mogelijk in te grijpen om te vermijden dat pijn chronisch wordt.

In ons ziekenhuis behandelen we chronische pijn volgens het biopsychosociaal model.

(meer info hierover in onze folder 'F197: multidisciplinair pijncentrum')

2. INDELING OP BASIS VAN DE OORZAAK

- **Nociceptieve pijn**

Deze pijn wordt veroorzaakt door dreigende of actieve weefselschade (bv: ontstekingspijn, pijn door arthrose, ...)

We maken een onderscheid tussen somatische pijn en viscerale pijn:

→somatische pijn ontstaat door schade aan huid, spieren of botten
deze pijn is scherp begrensd en gelokaliseerd.

→viscerale pijn ontstaat door schade aan organen
deze pijn is slecht begrensd en gelokaliseerd.

- **Zenuwpijn (neuropathische pijn)**

Deze pijn ontstaat door zenuwbeschadiging of door beschadiging van de pijnbanen in de hersenen of het ruggenmerg. Hierbij ervaart u pijscheuten die aanvoelen als elektrische schokken, jeuk, branderige pijn en tintelingen zoals mieren onder de huid.

Soms treedt er pijn op zonder dat er een directe oorzaak gevonden wordt.

Enkele tips

Wat indien de pijnintensiteit verandert in de loop van de dag?

Sommige mensen hebben alleen pijn op bepaalde momenten, bijvoorbeeld tijdens

- het bewegen
- diep doorademen
- hoesten of
- de verzorging.

In dit laatste geval kunt u aan de verpleegkundige een pijnscore aangeven voor dat bewuste pijnmoment. Indien u alleen op specifieke momenten pijn heeft, geeft u het cijfer voor de pijn op dat bewuste moment.

Niet wachten!

Bij pijn hoeft u niet te wachten tot de verpleegkundige bij u aan bed komt voor de pijnmeting. Wanneer u pijn heeft dan kunt u dat het beste meteen aangeven en om pijnstilling vragen. Hoe langer u wacht, hoe moeilijker het is de pijn te bestrijden.

Ook is het belangrijk dat u meldt of de pijnstillers al dan niet goed helpen, dan kunnen passende maatregelen worden genomen.

Om u op weg te helpen:

- geen pijn=0
- matige pijn= 1 tot 3
- matige tot hevige pijn= 4 tot 6
- ernstige pijn= 7 tot 10

Misverstanden over pijn

- *'Ik heb al zoveel klachten, dus vertel ik maar niet over de pijn.'*

Vertel wel over de pijn!

Dit kan helpen bij het behandelen van de klachten.

- *'Ze hebben het al zo druk, dan is mijn pijn niet belangrijk.'*

Pijn is altijd belangrijk!

Meld uw pijn dus steeds aan de verpleegkundigen.

- *'De dokter heeft gezegd dat ik verschillende keren per dag een pijnstiller moet nemen. Maar ik bewaar de pijnstillers voor als de pijn echt heel erg is.'*

Wacht dan niet tot u pijn voelt, maar tracht ze te voorkomen!

U kunt voorkomen dat u erge pijn heeft door de voorgeschreven pijnstillers op de juiste momenten volgens schema in te nemen.

- *'Pijnstillers zijn verslavend.'*

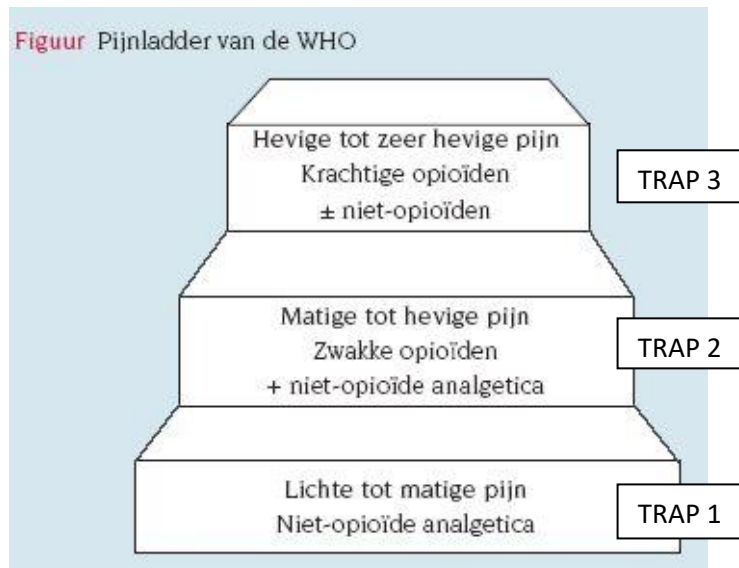
Wanneer pijnmedicatie juist gebruikt wordt, raakt u niet verslaafd!

Pijnmedicatie

1. WHO-PIJNLADDER

(WHO = World Health Organization)

Op de WHO-pijnladder wordt pijnmedicatie opgedeeld in drie grote groepen



Wanneer u pijn ervaart, wordt gestart met medicatie uit de eerste trap. Afhankelijk van uw pijnscore of beleving wordt overgegaan naar de volgende trap.

→ Behandeling van pijn gebeurt steeds trapsgewijs en onder begeleiding van een arts.

→ Trappen kunnen gecombineerd worden.

Enkel trap 2 en 3 kunnen niet met elkaar gecombineerd worden.

*Indien u vragen heeft over uw medicatie,
kan u zich steeds wenden tot uw behandelende arts.*

▪ **Trap 1: niet-opioïde analgetica**

Dit zijn de alledaagse pijnstillers, voor kleine ongemakken en milde pijnen. Zij hebben een 'plafondeffect'; dit wil zeggen dat ze een maximale dosis hebben en dat het verhogen van de dosis geen zin heeft.

We kunnen de niet-opioïde analgetica nog verder indelen in drie groepen:

① **Paracetamol**

werking en gebruik:

- koortswerend en pijnstillend
- niet ontstekingsremmend
- er moet minstens 4 uur tussen 2 innames gelaten worden; neem max. 1g per keer
- max. inname = 4g per dag
 - opgelet: bij personen met een gewicht < 50 kg, leverinsufficiëntie, chronisch alcoholisme of chronische ondervoeding: max. inname = 3g/dag
- overmatig gebruik kan tot leverproblemen leiden

voorbeelden:

Dafalgan®, Perdolan®, Panadol®, Paracetamol EG®

② **Acetylsalicylzuur**

voorbeelden:

Aspirine®, Aspegic®, Sedergine®

Dosering als pijnstiller: 300 tot 600 mg, 4 tot 6x per dag, met een maximale dosis van 4g per dag

Aspirine wordt tegenwoordig vooral gebruikt omwille van het anti-stollend effect, het wordt nog zelden gebruikt omwille van de pijnstillende werking.

③ NSAID's: niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen

werking en gebruik:

- ontstekingsremmend, pijnstillend, ontzwellend
- Deze klasse van geneesmiddelen heeft meer nevenwerkingen en wordt daarom met de nodige voorzichtigheid gebruikt. *Raadpleeg steeds uw arts bij het gebruik van deze middelen.*
- mogelijke neveneffecten:
maagproblemen (bv maagzweren en maagbloeding), hoofdpijn, bloeddrukverhoging, nierproblemen, ...

voorbeelden

- Ibuprofen: Nurofen[®], Ibuprofen[®], Brufen[®]
- Diclofenac: Voltaren[®], Cataflam[®], Motifene[®]
- Aceclonac: Biofenac[®]
- Naproxen: Apranax[®]
- Proglumentacine: Tolindol[®]
- Meloxicam: Mobic[®]
- Piroxicam: Brexine[®], Feldene[®]
- Celecoxib: Celebrex[®]
- Etoricoxib: Arcoxia[®]
- Nabumeton: Gambaran[®]

▪ **Trap 2: zwakke opioïde analgetica**

Deze medicatie wordt gegeven bij matige tot ernstige pijn, wanneer de medicatie uit trap 1 onvoldoende helpt. Een combinatie met medicatie uit trap 1 is mogelijk.

Net als bij trap 1, hebben ook deze medicijnen een plafondeffect.

De medicatie is krachtiger dan deze uit trap 1, er is dus ook meer kans op nevenwerkingen (bv: een eufoor gevoel, misselijkheid, braken, duizeligheid, obstipatie,...)

Meestal verdwijnen deze effecten na 7 tot 10 dagen. In geval van obstipatie wordt laxerende medicatie opgestart.

Deze medicatiegroep is het 'zwakke broertje' van morfine. Bijgevolg bestaat ook het risico op misbruik en verslaving.

Bespreek het gebruik van deze middelen steeds eerst met uw arts.

voorbeelden:

- Tramadol: Tradonal odis[®], Dolzam[®], Contramal[®]
maximale dosis per dag= 400 mg
patiënten ouder dan 75 jaar= maximaal 300 mg per dag (orale inname)
- Combinatieproducten:
Zaldiar[®] 37,5/325mg: Tramadol + Paracetamol
Dafalgan Codeïne[®] 500mg/30mg: Paracetamol[®] + Codeïne[®]

▪ **Trap 3: sterke opioïde analgetica**

Deze trap bevat de sterkste pijnstillers. Medicatie uit deze trap kan enkel gecombineerd worden met trap 1.

Tot deze medicatiegroep behoren morfine en alle ‘morfine-achtige’ producten (medicijnen met een structuur en werking die heel sterk lijken op die van morfine).

Nog meer dan bij trap 2 houden deze producten risico in op verslaving en misbruik. Opstarten van deze medicatie gebeurt enkel op zeer strikte indicatie en met de nodige omzichtigheid.

Niet iedere pijn kan met morfine behandeld worden.

Er zijn meer bijwerkingen bij dit type pijnstillers, maar deze gaan meestal samen met het opstarten van de medicatie. Na een tijd zullen ze dus spontaan verdwijnen (met uitzondering van obstipatie; uw arts zal dan ook bij het opstarten van medicatie uit trap 3 laxerende medicatie voorschrijven).

voorbeelden:

- Morfine: MS Contin[®], MS Direct[®], Oramorph[®]
- Oxycodone: Oxycontin[®], Oxynorm Instant[®]
- Hydromorfone: Palladone[®]
- Fentanyl: Durogesic[®]
- Buprenorfine: Temgesic[®], Transtec[®]
- Methadone: Mephenon[®]
- Piritramide: Dipidolor[®]
- Combinatieproduct:
Oxycodone/Naloxon: Targinact[®]

2. ATYPISCHE PIJNSTILLERS

Afhankelijk van het type pijn -meer bepaald bij zenuwpijn (neuropathische pijn)- kan de arts u bijkomende pijnstillende medicatie voorschrijven die u op het eerste zicht niet kent als pijnstiller. Dit zijn 'atypische pijnstillers'.

Hiertoe behoren bepaalde geneesmiddelen tegen depressie (anti-depressiva) en vallende ziekte (epilepsie). Schrik niet wanneer uw arts dergelijke geneesmiddelen voorschrijft: heel vaak worden deze geneesmiddelen tegen pijn en niet zozeer tegen depressie of epilepsie gebruikt ook al staat het pijnstillend effect niet expliciet op de bijsluiter vermeld.

Vaak gebruiken we in de pijnkliniek een combinatie van deze producten. Onderstaande lijst is niet volledig, op heel specifieke indicatie kunnen er ook andere producten voorgeschreven worden. *Het gebruik van deze pijnstillende middelen is steeds te bespreken met uw arts.*

① Antidepressiva

voorbeelden: Amitriptyline: Redomex®
Nortriptyline: Nortrilen®
Duloxetine: Cymbalta®
(meer info in onze folder F168: doseringsschema Cymbalta)
Venlafaxine: Efexor®

② Anti-epileptica

voorbeelden: Gabapentine: Neurontin®
(meer info in onze folder F006: doseringsschema Neurontin)
Pregabaline: Lyrica®
(meer info in onze folder F167: doseringsschema Lyrica)
Clonazepam: Rivotril®

Tot slot

In de meeste gevallen zullen combinaties vanuit de drie klassieke trappen met atypische pijnstillers gebruikt worden om uw pijn zo goed mogelijk onder controle te krijgen.

De informatie in deze folder is bedoeld als ondersteuning voor de informatie over pijnbestrijding die u mondeling kreeg.

Is iets niet duidelijk of hebt u vragen, vraag dan gerust een verpleegkundige van uw afdeling om wat meer uitleg.

Hebt u specifieke vragen over pijn of pijnmedicatie, vraag dan naar:

de pijnverpleegkundige: 052 25 24 85 of 052 25 27 82

Bespreek het gebruik van pijnstilling eerst met uw arts.

Start en/of stop pijnmedicatie nooit zonder advies van een arts.