

## Met spoed van de pijn af

**Pijn bij traumapatiënten is een veel voorkomend probleem, waar tijdens de behandeling te weinig aandacht voor is. Dat blijkt uit onderzoek van verpleegkundig onderzoeker Sivera Berben. Samen met collega's ontwikkelt ze een richtlijn hiervoor.**

Sivera Berben is verpleegkundige en onderzoeker in het UMC St Radboud in Nijmegen. Samen met collega's Tineke Meijs en Hennie Kemps (verpleegkundigen en docenten) doet zij al sinds 2006 onderzoek naar pijn in de spoedzorg. Momenteel is het drietal bezig met de ontwikkeling van een landelijke evidence based richtlijn voor pijnbehandeling bij traumapatiënten in de prehospitalische ambulanciezorg, MMT (Medisch Mobiel Team)-zorg en op de afdelingen Spoedeisende Hulp.

Berben: 'Uit ons onderzoek naar pijnbeleving van traumapatiënten op de seh is gebleken dat pijn geen hoge prioriteit heeft bij hulpverleners in de spoedzorg.<sup>1</sup> Internationale literatuur bevestigt dit.<sup>2,3,4</sup> En dat terwijl trauma's vaak samengaan met acute pijn. Niet-behandelde pijn kan veel ongemak betekenen voor de patiënt en bovendien ernstige gevolgen hebben, zoals het chronisch worden van de pijn en invaliditeit.'

Volgens haar bestaan er nog altijd misvattingen rond pijnbestrijding. 'Sommige hulpverleners denken nog steeds dat pijnstilling de diagnose vertroebelt; dat leren zelfs artsen nog. Maar dat is echt niet zo.' Verder is de spoedzorg nog erg gericht op levensreddend handelen en minder op comfort, aldus de onderzoekster. 'Pijn hoort erbij', zegt ze. 'Dat is een veel gehoorde opmerking en daardoor zijn hulpverleners niet erg alert om dit effectief te bestrijden. Sommige patiënten zijn ook bang verslaafd te raken, bijvoorbeeld bij opiaten als morfine, of zijn bang om 'lastig' te zijn. Dus als hulpverlener zul je er soms echt gericht naar moeten vragen.'

tief te bestrijden. Sommige patiënten zijn ook bang verslaafd te raken, bijvoorbeeld bij opiaten als morfine, of zijn bang om 'lastig' te zijn. Dus als hulpverlener zul je er soms echt gericht naar moeten vragen.'

### Meer eenduidigheid

Binnen de schakels in de spoedketen is er weinig eenduidigheid als het gaat om acuut pijnmanagement. Met als gevolg dat pijnbehandeling niet wordt ingezet, niet wordt vervolgd of soms zelfs tegenstrijdig is. Berben noemt in dit verband het standaard gebruik van fentanyl door ambulanceverpleegkundigen. 'Fentanyl heeft de voorkeur van veel ambulanceverpleegkundigen, omdat andere middelen niet bruikbaar zijn in gesloten ruimtes (lachgasmengsel, Entonox®)'. Fentanyl wordt op de seh niet altijd gecontinueerd, omdat men denkt dat de patiënt al voldoende pijnstilling heeft (fentanyl werkt echter kortdurend), of omdat de prioriteiten anders liggen. De richtlijn moet dus uitmonden in een concreet en eenduidig multidisciplinair behandelprotocol met daarin een standaard medicatieschema, zodat de verpleegkundige al voor het consult van de arts op de seh sneller kan handelen. In de ambulancezorg is een dergelijk schema al in gebruik, maar volgens ambulanceverpleegkundigen sluit dit niet goed aan bij de praktijk op straat.'

Het is de bedoeling de richtlijn in augustus 2010 te implementeren. Wat kunnen verpleegkundigen in de spoedzorg in de tussentijd doen om beter bezig te zijn met pijnbestrijding? Berben: 'Vraag patiënten structureel naar hun pijnbeleving en rapporteer je observaties en het effect van de behandeling goed in het dossier. Vraag patiënten ook of ze iets tegen de pijn willen, leg uit dat dit niet erg is en dat pijnbestrijding bijvoorbeeld goed is voor de wondgenezing. Overleg ten slotte met de arts over het meest geschikte middel.' Berben erkent dat dit logische interventies zijn, 'maar toch gebeurt het te weinig.'

### Meer informatie bij:

- Sivera Berben, verpleegkundig onderzoeker afdeling spoedeisende hulp UMC St Radboud: S.Berben@seh.umcn.nl.
- Tineke Meijs en Hennie Kemps, lectoraat Acute Intensieve Zorgverlening; Hogeschool Arnhem Nijmegen: Tineke.Meijs@han.nl, Hennie.Kemps@han.nl.



foto: Harold Grotenhuis

Negen op de tien patiënten op de spoedeisende hulp kampen met pijn.

Met dank aan Riny van de Ven, UMC St Radboud en Pierre van Grunsven, RAV Gelderland-Zuid.

### Literatuur:

1. Cordell et al. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med.* 2002;20(3):165-9.
2. Johnston et al. One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: a pilot study. *J Emerg Med* 1997;20:377-82.
3. Stalnikowicz et al. Undertreatment of acute pain in the Emergency Department: a challenge. *Int J Quality Health Care* 2005;17(2):173-6.
4. Tcherry-Lessenot et al. Management and relief of pain in an Emergency Department from the adult patients' perspective. *J Pain Symptom Manag* 2003;25(6):539-46.
5. Berben et al. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in Dutch EMS systems, 2008 submitted.
6. Berben et al. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident and Emergency department. *Injury* 2008;39(5):578-85.
7. Bierens J. Nodeloos pijnlijden. *Gezondheidszorg Consumentenbond.* September 2006.

### Cijfers over pijn in de spoedzorg

Pijn is een van de meest voorkomende klachten in de spoedzorg.<sup>1</sup> Nederlands onderzoek naar pijn bij traumapatiënten in de spoedzorg laat zien dat 72% van de ambulancepatiënten acute pijn heeft<sup>5</sup> en 91% pijn meldt op de spoedeisende hulp (seh).<sup>6</sup> In de ambulance krijgt 30% pijnstilling en op de seh is dat 19%. Bij ontslag rapporteert 69-86% van alle patiënten nog steeds pijn te hebben.<sup>6,7</sup>