



praktijk



Special Chronische pijn

1 | 19

De ultieme pijnstiller onder de loep | Zit pijn tussen de oren? | Een dekkend Limburgs netwerk voor chronische pijn |

In Nederland zijn er ruim twee miljoen mensen die met pijn leven. Dat zijn er meer dan alle patiënten met hart- en vaatziekten én suikerziekte bij elkaar. Pijn kan je leven in de greep houden. Pijn heeft invloed op je conditie, stemming, denken en doen, sociale contacten en activiteiten. Je conditie, stemming, denken en doen hebben – omgekeerd – ook invloed op de pijn. Lage rugpijn, nekpijn en hoofdpijn zijn belangrijkste oorzaken van beperkingen in het dagelijks leven. Pijn is het meest voorkomende symptoom bij alle aandoeningen en ziekten, maar het kan ook een ziekte op zichzelf worden.



Praktijk is ook digitaal te lezen: www.mumc.nl/verwijzers

Colofon Praktijk is een uitgave van het Maastricht UMC+, RVE Patiënt en Zorg i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO) **Ontwerp en grafische vormgeving** Strategyminds, Maastricht

Redactie Hans Fiolet, Liesbeth van Hoef, Ber Huijnen, Jean Muris, Caroline Robertson, Geertjan Wesseling, Ingeborg Wijnands, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, Strategyminds **Eindredactie** Liesbeth van Hoef **Fotografie** Appie Derks, Britt Hameleers en Marc Schols MCM Producties. **Druk** Pietermans Lanaken

Suggesties voor de redactie? Bel of mail Ellen Kennes, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, telefoon 043 387 44 58, e-mail ellen.kennes@mumc.nl

Inhoud

- 03 Nieuwe indicatoren voor het meten van pijn
- 04 De ultieme pijnstillers onder de loep
- 06 Eerste aanspreekpunt bij complexe chronische pijn
- 08 Niet meer bang voor de prik
- 09 Uit de Praktijk
- 10 Zit pijn tussen de oren?
- 12 Claudia Alberts: “Het onbegrip en de onzekerheid zijn soms erger dan de pijn”
- 13 Kort nieuws
- 14 Een dekkend Limburgs netwerk voor chronische pijn
- 16 Pijn- en angstvrij is het motto. Dr. Ruud Timmer: “Zie het roesje gerust als extra service voor de patiënt”. Dr. Nicole Engel: “Steeds meer vrouwen kiezen voor superieure pijnstilling”. Dr. Piet Leroy: “Pijnbestrijding bij kinderen is maatwerk”.
- 20 Column Jos Hoofs, beleidsadviseur Patiëntveiligheid Maastricht UMC+

De Huisartsen Service Desk telefoon 043 387 44 80

De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers. Eén telefoontje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.

Nieuwe indicatoren voor het **meten** van pijn

Pijnbeleving is voor iedereen anders. Dat is algemeen bekend. Toch wordt pijn bij een opname in het ziekenhuis volgens uniform protocol bestreden. In het streven naar patiëntgerichte zorg laat het Maastricht UMC+ als een van de eerste ziekenhuizen in het land het 'one fits all'-pijnprotocol los. "We zien pijn als wat de patiënt zegt dat het is en niet wat de professional vindt dat het moet zijn", aldus Nadiyah de la Rambelje.

Nadiyah werkt als stafadviseur Kwaliteit en veiligheid aan de implementatie van een nieuwe set indicatoren voor het efficiënt meten van pijn. Als voormalig verpleegkundige heeft zij veel met het thema, minder met de manier waarop naar pijn wordt gekeken. "Bij elke opname waren verpleegkundigen verplicht om de pijn driemaal daags te meten, los van het feit of iemand vanwege een operatie of ter observatie opgenomen was. Aan de meting waren vervolgens allerlei standaardprotocollen verbonden. Er was weinig ruimte voor individuele zorg en afdelingen werden op basis van de output gemonitord. Had iemand veel pijn, dan deed je het niet goed."

"De nieuwe indicatoren bieden ruimte voor individuele afstemming op de wensen en behoeften van de patiënt. Alleen operatieve patiënten meten we nog driemaal daags, alle andere patiënten eenmaal per dag. Niet het cijfer waarmee patiënten aangeven welke mate van pijn zij ervaren maar de vraag of de pijn acceptabel is, is vervolgens leidend voor interventie. Zo leggen we de regie voor pijnbestrijding bij de patiënt zelf en voorkomen we enerzijds dat mensen onnodig pijn lijden omdat zij 'maar' een 4 aangeven. Anderzijds voorkomen we de inzet van zware medicatie terwijl de patiënt daar geen behoefte aan heeft. Het is aan de professional om goed te kijken en te luisteren, en in dialoog met de patiënt de juiste keuze te maken."

Het nieuwe meetsysteem wordt in samenwerking met de NFU vastgesteld en vanuit het Maastricht UMC+ uitgerold naar de overige ziekenhuizen. Nadiyah: "In de benchmark die dan ontstaat, staat niet de pijn centraal maar hoe je ermee omgaat als ziekenhuis."

PERSOONLIJK

Nadiyah de la Rambelje is stafadviseur Kwaliteit en veiligheid en secretaris van de stuurgroep Pijn van het Maastricht UMC+. Zij werkt aan een nieuwe set indicatoren voor het efficiënt meten van pijn.



Anke Pols (foto links) Anke Pols is verpleegkundig specialist acute pijn in het Maastricht UMC+.

Dr. Valérie Smit-Fun (foto rechts) is anesthesioloog in het Maastricht UMC+.

PERSONLIJK

De ultieme pijnstiller

Het gebruik van oxycodon neemt toe in ons land. Op zich is dit niet vreemd: bij hevige pijn werkt het middel zowel rustgevend als pijnstillend. Nadeel: oxycodon is een opiaat en heeft de potentie om verslavend te zijn. In de VS is al sprake van een heuse ‘oxycodonplaag’. Rijst de vraag: hoeveel rekening houden voorschrijvers in ons land met de risico’s van deze ultieme pijnstiller?

Anke Pols: “Na een operatie schrijven we in het ziekenhuis oxycodon protocollair maximaal één week voor. Er wordt in het dossier een stopdatum vastgelegd, die alleen handmatig aangepast kan worden. Dat vraagt op dat moment een actuele (her)overweging van de behandelend arts en/of anesthesioloog. Bij palliatieve patiënten en kankerpatiënten met pijn maken we hierbij andere overwegingen dan bij patiënten die bijvoorbeeld herstellen van een darmoperatie. Hoe dan ook houden we de vinger bij zware pijnmedicatie aan de pols. Tegelijk werken we aan nieuwe maatregelen om risico’s als gevolg van pijnmedicatiegebruik te verkleinen. In een pilot met de vakgroep Orthopedie proberen we onze risicopatiënten in kaart te brengen: iemand die voor de ingreep al veel pijnmedicatie gebruikt zal ook na de ingreep meer nodig hebben. Daar kun je in je beleid op anticiperen. Daarnaast werken we aan een plan om postoperatieve pijn minder systematisch maar plaatselijk te behandelen. Bijvoorbeeld met pijnpompjes die de patiënten in de toekomst eventueel ook thuis kunnen gebruiken.”

Dr. Valérie Smit-Fun: “Pijnbestrijding gebeurt in het Maastricht UMC+ volgens de WHO-ladder; pas als paracetamol en NSAID’s onvoldoende effect hebben of niet geschikt zijn, zetten we opioïden in. Na chirurgische ingrepen valt stap 2 vaak al weg vanwege contra-indicaties, zoals comorbiditeit, het risico op maag- en darmproblemen en de negatieve werking die NSAID’s kunnen hebben op de (bot)genezing. Binnen de opioïdengroep valt ook het lichtere tramadol vaak af vanwege bijwerkingen als misselijkheid. Dat brengt ons voor goede postoperatieve zorg met orale pijnstillers bij oxycodon. De risico’s zijn bekend. We lichten onze patiënten goed in hierover en geven niet meer medicatie dan nodig is om een voor de patiënt acceptabele pijnstilling te bereiken in de eerste dagen na de operatie. Bij patiënten waar stevige pijnstilling wordt voorzien, worden door de anesthesiologen alternatieve pijnstillende technieken toegepast. De postoperatieve pijnservice, onderdeel van de anesthesiologie, volgt de patiënten dan gedurende enkele dagen op. Deze pijnservice bestaat uit gespecialiseerde verpleegkundigen die het pijnbeleid bewaken en ook sturen op een adequaat ingesteld pijnbeleid voordat de patiënt naar huis gaat. Binnen het Maastricht UMC+ doen de vakgroep Anesthesiologie en pijnservice ook veel aan bewustwording, protocollering, samenwerking, informatie en educatie van personeel en patiënt.”



PERSOONLIJK

Drs. Agnes van der Knaap (foto links) is huisarts in huisartsenpraktijk De Poort in Maastricht.

Drs. Henk-Jan Verburg (foto rechts) is apotheker van apotheek America in Maastricht.

onder de loep

Drs. Agnes van der Knaap: “Aanvankelijk werd oxycodon in ons land alleen voorgeschreven bij chronische pijnen, tegenwoordig wordt het ook steeds vaker postoperatief ingezet. Zelf schrijf ik het wel voor bij heftige pijnen zoals een niersteenkoliëk of (rug) hernia, vaak aanvullend aan diclofenac. Vanwege de verslavende werking zie ik er echter nauwlettend op toe dat de patiënt het maar kort gebruikt. Alleen in een palliatieve fase of als er écht geen andere opties zijn, schrijf ik het voor een langere periode voor, omdat bijvoorbeeld paracetamol onvoldoende werkt en de patiënt overgevoelig is voor NSAID's. Verder raad ik het af om oxycodon voor te schrijven bij mensen met ernstige luchtweg- of leveraandoeningen of bij een verleden met verslavingsproblematiek. Als mensen een moeizame stoelgang hebben, schrijf ik een laxans voor omdat oxycodon de klachten kan verergeren. Zelf ben ik erg kritisch. Oxycodon is en blijft een opioïde die niet alleen verslavend is, maar ook het reactievermogen fors beïnvloedt. Vanwege deze risico's vind ik dat voorschrijvers altijd eerst veiligere opties moeten overwegen. Misschien werkt diclofenac, ibuprofen, tramadol of zelfs paracetamol ook. Daarbij moet zowel de voorschrijvende arts, de apotheker, als degene die een eventueel herhalingsrecept uitschrijft alert zijn op een verantwoorde dosis en een verantwoorde hoeveelheid. Een bekend praktijkperikel is dat een patiënt voor een periode van drie weken naast twee maal langwerkende ook een voorraad van zes maal kortwerkende pillen per dag meekreeg. Dat kan natuurlijk niet.”

Drs. Henk-Jan Verburg: “Oxycodon wordt inderdaad vaker voorgeschreven, omdat het de optimale pijnstilling biedt. Wij hebben het gebruik tegen het licht gehouden voor een overleg tussen huisartsen en apothekers. Dan zie je dat een grote meerderheid van de gebruikers maar één keer komt voor dit recept, meestal als pijnstilling voor de eerste periode na een operatie. Op zich hoeft oxycodon dan ook geen problemen op te leveren, als het maar voor een korte periode wordt voorgeschreven en de patiënt goed wordt voorgelicht. Bij de start van het geneesmiddel worden de werking en bijwerkingen met de patiënt doorgenomen. Onder meer dat je oxycodon volgens een vast schema moet innemen. Dat een combinatie met alcohol of slaapmiddelen gevaarlijk is, omdat deze de bijwerking van opioïden versterken. Dat er obstipatie kan optreden, dat het je suf maakt én dat het verslavend is. Zodra wij een patiënt vaker of te vroeg terug zien met een herhaalrecept, trekken wij meteen aan de bel. Eerst vragen we de patiënt hoe dat kan, daarna raadplegen we degene die het recept uitschrijft om te verifiëren of dit verhaal klopt. In de VS rijst het gebruik misschien de pan uit. In Nederland zijn artsen en apotheken veel meer op elkaar ingespeeld, waardoor het gebruik van risicovolle medicatie in beeld is. Ik maak mij daarom niet zo'n erge zorgen.”



Dr. Micha Sommer is anesthesioloog, pijnspecialist en bestuurder van de afdeling voor pijngeneeskunde in het Maastricht UMC+. Dit expertisecentrum richt zich op patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek naar pijn en opleidingen op het gebied van chronische pijn.

PERSONLIJK

Eerste aanspreekpunt bij complexe chronische pijn

Wat is pijn? Welke soorten pijn bestaan er? Waarom heeft iemand pijn? En wat kun je doen om iemand met pijn te helpen? Op zoek naar antwoorden op deze prangende pijnvragen heeft het Maastricht UMC+ in 1984 het Universitair Pijnkenniscentrum Maastricht opgericht. Na prof. dr. Maarten van Kleef is dr. Micha Sommer de anesthesioloog en pijn-specialist aan het roer van het UPCM. Hij opent graag de deuren van het expertisecentrum dat een polikliniek en een chirurgisch dagcentrum heeft ingericht voor onderzoek en de behandeling van pijn.

Jaarlijks onderzoekt en behandelt het team van het UPCM, dat behalve uit anesthesisten en neurologen uit een huisarts-pijn-specialist en een internist bestaat, circa 1.600 nieuwe patiënten met pijn. Dit aantal is hoog, maar volgens Micha Sommer nog altijd het topje van de ijsberg. “De meeste artsen volgen het WHO-regime in de behandeling van pijn bij hun patiënten”, licht hij toe. “Dat is de juiste weg. Voor chronische pijn bestaan echter géén pasklare oplossingen. En helaas bestaan er voor chronische pijn ook niet altijd geschikte pijnstillers, waarmee de patiënt nog redelijk kan functioneren. In plaats van naar zwaardere medicatie te grijpen, raadplegen collega’s in het Maastricht UMC+ en huisartsen gelukkig steeds vaker en ook steeds eerder de afdeling pijngeneeskunde voor back-up of advies over hun behandelplan of een verwijzing. Daar ben ik erg blij mee. Voor veel patiënten kunnen wij een verschil maken.”

Drie routes Afhankelijk van de oorzaak van de pijn onderscheidt het UPCM drie behandelroutes. Micha Sommer: “Bij pijn bij kanker, zeker in de palliatieve fase, is de pijnbestrijding vooral gericht op het verkrijgen van zoveel mogelijk comfort voor de patiënt. Dit doel rechtvaardigt de inzet van zwaardere medicatie of interventies die je juist wilt voorkomen bij patiënten die nog een – actief – leven voor zich hebben. En zo is er ook een route voor de behandeling van pijnsyndromen, zoals fibromyalgie of dunnevezelneuropathie, en een route voor de diagnostiek en behandeling van complexe pijnen die in specifieke lichaamsregio’s kunnen voorkomen. Denk aan atypische

aangezichtspijn, pijn aan de bovenrug, schouder of nek, aan hoofd, arm, hand of voet.

Elke route wordt vormgegeven op basis van een bio-psycho-siaal onderzoek. Behalve de pijn is namelijk het grootste probleem van veel chronische pijnpatiënten dat ze niets hebben waar je een vinger op kunt leggen. Heb je een hartinfarct, dan weet iedereen wat dat is. Heb je een been gebroken, dan hoeft je zelfs niets te zeggen, iedereen ziet al dat er iets mis is. Chronische pijn is niet te zien en valt niet te meten. Het zit letterlijk opgesloten in de patiënt. Daarom onderzoeken we eerst vanuit verschillende invalshoeken welke impact de pijn heeft op het functioneren van de patiënt en omgekeerd welke impact het functioneren van de patiënt heeft op de klacht. Aan de hand van de uitkomst zetten we de meest effectieve behandeling(en) in. Voor fysieke of biomedische pijnklachten hebben we hierbij de keuze uit medicatie, een operatie, injecties, zenuwblokkades of juist zenuwstimulators, fysiotherapie, manuele therapie, podotherapie, oefentherapie of een combinatie deze behandel mogelijkheden. Met psychosociale behandelingen of een revalidatiebehandeling kunnen we de factoren aanpakken die de pijn vaak erger maken, zoals een depressie, angst of onzekerheid over werk, inkomsten of relaties. Onder de streep werkt pijnbestrijding alleen als je de patiënt als mens, in zijn totaliteit ziet. Soms kunnen we de pijn oplossen, soms ook niet. Pijn als gevolg van een versleten rug kunnen we bijvoorbeeld niet verhelpen, maar we kunnen er wel voor zorgen dat met die pijn te leven valt.”

Meer informatie over de verwijs- en behandel mogelijkheden van het UPCM is te vinden op www.pijn.com/nl/zorgverleners.



Maike Bertram is kinderverpleegkundige in het Maastricht UMC+ en ervaringsdeskundige. Zij heeft als kind veel ziekenhuisbehandelingen ondergaan en weet hoeveel impact pijnlijke ingrepen op het leven van een kind kunnen hebben.

PERSONLIJK

Niet meer **bang** voor de prik

Voor kinderen die vaker naar het ziekenhuis moeten voor een behandeling kan pijn als gevolg van een medische ingreep traumatisch zijn en angst veroorzaken. Door op voorhand in te spelen op problemen die kunnen ontstaan, proberen de kindteams van het Maastricht UMC+ de impact van het ziekenhuisbezoek te verkleinen. “Door de tijd te nemen voor een ingreep of behandeling kunnen we pijn meestal voorkomen. En als voorkomen niet mogelijk is, doen we er alles aan om de pijn draaglijk te maken”, licht kinderverpleegkundige Maike Bertram toe.

“Aan deze kindvriendelijke zorg gaat een periode vooraf waarin de visie gemeengoed was dat bepaalde ingrepen nu eenmaal moesten gebeuren en dan maar zo snel mogelijk achter de rug moesten zijn. “Menig kind is vroeger in de prikkamer wel eens in de houtgreep genomen om bijvoorbeeld een infuus te zetten of om bloed te prikken”, vertelt Maike Bertram.

“Wetende hoe traumatisch zo’n gebeurtenis voor een kind kan zijn, is een dergelijke benadering vandaag de dag *not done*. Het is ook niet nodig, als je beter plant en de tijd neemt om de ingreep uit te voeren én rekening houdt met de gevoelens van het kind. Zo is het tegenwoordig eerder regel dan uitzondering dat ouders bij de ingreep aanwezig zijn. Door de

prikplek ruim een uur van tevoren te behandelen met verdovende zalf, voelt het kind de prik veel minder. En als een kind moeite heeft met het slikken van pilletjes, zijn er tal van andere alternatieven, zodat je niets hoeft te *pushen*. Maar soms heb je geen tijd en moet er acuut iets gebeuren. Met de ouders erbij en eventuele ondersteuning door een pedagogisch team dat het kind afleidt, bijvoorbeeld met een iPad of door voor te lezen, kunnen we negatieve ervaringen voorkomen. Dit beleid zetten we bij een eventuele ziekenhuisopname voort. De kinderen mogen spullen van thuis meenemen, zodat ze zich prettiger voelen, en we zorgen voor afleiding. Als het kan, mogen ze naar de speelkamer en voor schoolgaande kinderen hebben we een schooltje ingericht waar zij elke dag twee uurtjes les krijgen. Al die activiteiten zijn ongelofelijk belangrijk voor kinderen: ze voelen zich even minder ziek.”

Lees meer over deze aanpak in het najaarsnummer 2018 van ‘Gezond Idee’ via www.gezondidee.mumc.nl/gezond-idee-magazine.

Uit de praktijk

Wat doet u als u pijn heeft? Deze vraag stelden we aan drie passanten in de hal en het bezoekersrestaurant van het Maastricht UMC+.



Astrid de Roos (47) en **Ivana Doerga (18)** komen uit Zoetermeer. “We zijn in het Maastricht UMC+ vanwege een operatie bij Ivana’s zusje, Demi (15)”, vertelt Astrid. “Het is spannend nu. Over een kwartiertje kunnen we weer naar boven en zien we hopelijk een pijnvrije Demi.” Hebben jullie zelf wel eens pijn? Ivana: “Heel soms heb ik hoofdpijn. Ik slik dan nooit iets maar ga slapen, want dan voel je de pijn niet meer. Gek genoeg, lukt het altijd wel om met pijn in slaap te vallen.” Astrid: “Ik grijp ook niet snel naar pijnstillers, zelfs niet naar paracetamol. Wil ik iets slikken, dan moet ik écht erge pijn hebben. Demi slikt wel veel paracetamol om haar hoofdpijn te onderdrukken, soms wel vijf of zes tabletjes per dag. Gelukkig helpt paracetamol en heeft zij niets zwaarders nodig. De operatie die zij nu ondergaat, helpt haar hopelijk van de pijn af. Duimen dus.”



Hannes Verhees (63) komt uit Eindhoven. Hij heeft plaatsgenomen in het restaurant om de tijd tot zijn eerstvolgende afspraak in het Maastricht UMC+ te overbruggen. “Tegenwoordig heb ik niet meer zoveel pijn”, vertelt hij. “Vroeger toen ik hovenier was des te meer. Verkeerd tillen, verkeerde werkhouding, dat soort dingen. In die tijd slikte ik veel paracetamol en ibuprofen als paracetamol niet hielp. Als ook ibuprofen niet werkte, moest ik het een of twee dagen rustig aandoen en dan ging de pijn wel weer weg. Op een gegeven moment ben ik mede door de fysieke klachten gestopt met hovenieren en overgestapt naar de bloemisterij. Mijn rugklachten zijn sindsdien verdwenen. Helaas duiken nu andere klachten op die ook steeds meer pijn gaan veroorzaken. Deze week vinden onderzoeken plaats en krijg ik te horen hoe ik deze pijn het beste kan bestrijden.”

Linda Lambrechts (35) woont in Amsterdam. Zij is in het Maastricht UMC+ om een vriendin en haar kindjes van 2,5 jaar en 4 maanden te ondersteunen. Zelf heeft zij regelmatig last van nekpijn. “Niets ernstigs hoor,” geeft zij meteen aan, “maar de pijn is wel vervelend. Soms zitten de spieren in mijn nek en schouders zo vast dat bewegen lastig wordt. Dan heb ik ook enorme hoofdpijn. Als het heel erg wordt, slik ik ibuprofen. Ik weet dat het niet goed is, maar het is het enige middel dat de pijn oplost. Een keer in de drie weken ga ik langs bij een fysiotherapeut. Na die behandeling kan ik meestal weer even vooruit. Ik moet mijn houding structureel verbeteren, anders blijven de klachten terugkomen. Ik doe mijn uiterste best hiervoor en let er in het dagelijkse leven en zeker ook tijdens lange autoritten goed op. Maar soms lukt het niet. Tja, dan is de pijn helaas meteen weer terug.”



Zit pijn tussen de oren?

Pijn kent een route die twee richtingen opgaat. Pijn kan somatische oorzaken hebben, die – als de pijn niet overgaat – ervoor zorgt dat mensen mismoedig worden of depressieve klachten ontwikkelen. Andersom kan een depressie ook leiden tot pijnklachten zonder een onderliggende somatische reden. Zit de pijn dan ‘tussen de oren’? “Ik hoop dat daar iets zit,” antwoordt dr. Carsten Leue, psychiater in het Maastricht UMC+, “want dan verwerken de hersenen de signalen die het perifere zenuwstelsel afgeeft op een beïnvloedbare manier.”

Pijn geeft aan dat er iets niet klopt in het lichaam. Hoe reëel is pijn zonder somatische oorzaak? Is dit ingebeelde pijn?

Carsten: “Ingebeelde pijn bestaat niet! Het ervaren van pijn is altijd reëel en heeft altijd – ongeacht de oorzaak – invloed op iemands welbevinden. Chronische pijn kan je zelfs helemaal murw maken, omdat je er een constant gevecht tegen voert. Je wilt dat het stopt. Altijd in de oorlogstand zitten, betekent altijd alert zijn. Omwille van die hyperalertheid zit in chronische pijn een psychologische component die de pijn aanscherpt en onderhoudt. Dat kan zelfs zo ver gaan dat het pijn veroorzaakt. Zo komt het voor dat mensen na een trauma somatisch goed genezen en er niets meer is dat kan wijzen op een afwijking, maar dat ze toch pijn blijven voelen doordat hun lijf in die alertheid of oorlogstand blijft. Ook angst speelt een rol. Als je pijn hebt ga je op zoek naar manieren om de pijn te vermijden. Logisch. Toch is dit een misleidende route, want hierdoor ga je normale inspanningen ontzien. Hierdoor wordt je *inner circle* kleiner, maar blijf je pijnsensitief. Zo ontstaat de vicieuze cirkel waarin depressieve klachten kunnen ontstaan. Een tijdige behandeling kan dit voorkomen.”

Begrijp ik hieruit goed dat de beeldvorming rond pijn is veranderd? Nog niet lang geleden voelden mensen met pijn zich niet serieus genomen als er psychologen of psychiaters bij werden betrokken.

Carsten: “Dat klopt. Onbekend maakt onbemind. Lange tijd wisten we niet hoe we buiten de pijngeneeskunde of de revalidatie met chronische pijn moesten omgaan. Zeker niet als er geen duidelijke biomedische oorzaak werd gevonden. Tot grote wanhoop van veel mensen! Pijn is een van de meest voorkomende klachten in de gezondheidszorg. Het is tevens een van de

meest onderschatte en onbegrepen klachten met betrekking tot co-morbiditeit.”

Waar hebben we die imagoverbetering aan te danken?

Carsten: “Met het ontrafelen van de hersenen komen steeds meer oorzaken en behandelmogelijkheden boven tafel. Naast de bekende somatische pijnklachten herkennen we nu ook specifieke pijnklachten die verband houden met het disfunctioneren van organen. Ook weten we dat pijnklachten een andere oorzaak kunnen hebben dan bij specifieke aandoeningen te verwachten is. Niettemin komen veel niet-verklaarbare pijnklachten nog altijd in een ‘container’ terecht, die bij gratie van onkunde bestaat. Deze zogenaamde SOLK-container heeft ook een voordeel: hij prikkelt ons het onderzoek naar oorzaken en behandelingen voort te zetten.”

Welke behandelmogelijkheden zijn er bij somatische, specifieke of psychische pijnklachten?

Carsten: “Mensen met pijnklachten hebben baat bij een behandeling op het snijvlak van geest, lichaam en ziel. Met een cognitief gedragstherapeutisch traject in combinatie met fysiotherapie kan zelfs de zwaarste onweersstorm waar je bang voor bent, omgezet worden in een zachtere zomerbries. Een moderne variant hiervan is de ‘acceptance & commitment therapy’ (ACT). Zoals de naam al doet vermoeden leer je hiermee de pijn als gegeven te accepteren en je hieraan te committeren. Het laatste houdt ook in dat je anders met stresservaringen leert om te gaan. Zo leer je bijvoorbeeld middels *mindfulness*, ontspannings- en meditatietechnieken de oorlog tegen pijn te keren. Als er sprake is van een bijkomende of onderliggende angst- of stemmingsstoornis kunnen antidepressiva de dalende welbevindelijke bedwingen. Opiatachtige pijnstillers zijn daarentegen bij chronische niet-maligne pijn meestal niet geïndiceerd. Onder de streep noodzaakt pijn een multidisciplinaire benadering waarin naar de patiënt als totaal wordt gekeken. De meeste patiënten kunnen vooruit met een revalidatietraject, terwijl complexe patiënten baat hebben bij ondersteuning door de medisch psycholoog, en nog complexere bij de ziekenhuispsychiater.”

Meer op www.mumc.nl zoekterm ‘pijn’.



PERSOONLIJK

Dr. Carsten Leue is psychiater in het Maastricht UMC+. Hij richt zich op consultatieve psychiatrie en psychosomatiek in de zorg voor patiënten met gecombineerde psychische en somatische problematiek. Vanuit deze hoedanigheid behandelt hij ook patiënten met chronische pijnklachten.

Claudia Alberts (37) werkte als verkoopster totdat zij in 2014 vanwege pijnklachten volledig afgekeurd werd. Zij woont in Maastricht en werkt nu als vrijwilliger bij Stichting Athos.

“Het onbegrip en de onzekerheid zijn soms **erger** dan de pijn”

Vrolijk lachend opent Claudia de deur van haar bovenwoning in Maastricht. Rap loopt zij de trap op en neemt zij plaats aan de eetkamertafel waar het interview plaatsvindt. Zo op het eerste gezicht lijkt er niets aan de hand, totdat Claudia halverwege het gesprek plots opstaat en met een enkelbrace terugkeert. “Ik wilde nog even wachten totdat het gesprek afgelopen was,” verontschuldigt zij zich, “maar de pijn in mijn enkel is niet meer te harden. De druk van de brace helpt dan meteen.”

Claudia's vrolijkheid werkt misleidend. Ze wil graag meedoen, leven zoals iedereen, blijkt tijdens het gesprek, maar wordt door haar lijf telkens teruggefloten als ze te ver gaat en te veel prikkels toelaat. “In 2014 ging het mis”, blikt Claudia terug. “Ik kampte met allerlei fysieke klachten, terwijl de druk op mijn werk toenam. Ik moest steeds meer maar kon steeds minder. Aan het einde van dat jaar zat ik met een *burn-out* thuis. De pijnklachten verspreiden zich in die periode over mijn hele lijf; van mijn voeten tot mijn handen leek het alsof iemand met een naald in mijn spieren en pezen porde. Toch ging ik weer aan het werk. Ik ben perfectionistisch en ga daardoor vaak over mijn grenzen heen. In 2015 viel bij de reumatoloog in het Maastricht UMC+ de diagnose fibromyalgie. Mijn pijn kreeg een naam. Dat hielp, want ik stuitte met mijn ‘vage’ klachten vooral op onbegrip: bij collega's, bij vrienden en zeker ook bij mijn werkgever. Met die diagnose kon ik een ander traject in; dat zorgde voor rust.”

Om een beeld te vormen van Claudia's pijn: op een schaal van 0 tot 10 beoordeelt zij haar dagelijkse pijnklachten met een 7 als acceptabel. Alleen bij uitschieters naar een 9 of zelfs een 10 gebruikt zij in overleg met haar huisarts en reumatoloog pijnstillers. Claudia: “Ik heb van alles geprobeerd, maar ben tot de conclusie gekomen dat ik zo min mogelijk wil slikken. Doordat paraceta-

mol mij onvoldoende helpt, kom ik namelijk automatisch in de categorie pijnstillers terecht die bijwerkingen veroorzaken. Dat wil ik niet. Ik red mij daarom met braces voor mijn gewrichten en zo nu en dan een Alève tegen de pijn en Antigrippine tegen stijfheid en spierpijn. Daarnaast gebruik ik antidepressiva, want de diagnose fibromyalgie bracht weliswaar rust maar geen geluk. Het leren leven met een chronische ziekte die constant pijn veroorzaakt, kostte en kost mij nog altijd moeite. Ik wil nog zo veel. Ik kan mij goed herinneren dat ik mij een keer liet overhalen om met een vriendin uit te gaan. Moet kunnen, dacht ik. Niet dus! Om elf uur 's avonds zat ik trillend en overspannen van de pijn weer thuis op de bank.

Op de moeilijkste momenten heb ik baat bij mijn boeddhistische geloof, *mindfulness* en rustige muziek. Door te mediteren krijg ik de pijn onder controle, maar sociaal gezien blijft het zoeken. Met de pijn valt te leven. Met het onbegrip waar ik vaak op stuit en de onzekerheid naar de toekomst toe heb ik meer moeite. Doordat ik er minder op uit kan gaan, haken vrienden en kennissen af. Mijn wereld wordt zo steeds kleiner. Als oplossing doe ik nu vrijwilligerswerk bij Stichting Athos, een ontmoetings- en ontwikkelingsplek in de buurt waar ik woon. Op dinsdag help ik twee uurtjes in de keuken en op donderdag begeleid ik de houtbewerkingsgroep. Ik zou de contacten niet willen missen. Er is ook het begrip. Als ik een slechte dag heb, hoef ik dat maar aan te geven. Voor mijn behandeling spreek ik eens in de drie maanden de praktijkondersteuner/psycholoog bij de huisarts. Zij is een belangrijk klankbord voor mij en zorgt ervoor dat ik nieuwe stappen durf te zetten. Ik ben laatst weer eens naar de film geweest. Dat ging goed. En ik koester mijn vriendschap met iemand die ook chronisch pijn heeft. Het is fijn als je eens niet hoeft uit te leggen waarom iets niet kan.”

De naam is om privacyredenen gefingeerd.

Gespecialiseerde poli voor lage rugpijn bewezen succesvol



De inrichting van een zogenoemde ‘anderhalvelijnspoli’ voor lage rugklachten heeft in Maastricht in twee jaar tijd geresulteerd in een sterke verbetering van de doorlooptijd, een grotere tevredenheid van de patiënten en zorgprofessionals, en een kostenbesparing. Door de primaire zorg voor lage rugklachten buiten het ziekenhuis (2e lijn) en dichterbij de patiënt

te organiseren (1e lijn), wordt voorkomen dat patiënten soms maanden of zelfs jaren, van het kastje naar de muur worden gestuurd. De anderhalvelijns rugpoli, die is opgezet door de afdelingen Orthopedie en Anesthesiologie-Pijnbestrijding van het Maastricht UMC+, zorgt dat de juiste zorg aan de juiste patiënt op de juiste plek wordt gegeven. *Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm ‘pijnbestrijding’.*

Vernieuwde Spoedeisende Hulp

Vrijdag 25 januari j.l. opende het Maastricht UMC+ officieel de vernieuwde Spoedeisende Hulp (SEH), Huisartsenpost (HAP) en Acute Opname Afdeling (AOA). De verbouwing heeft onder meer geresulteerd in een duidelijker onderscheid tussen de HAP en de SEH. Dit zorgt voor nog betere samenwerking, meer privacy en een grotere patiëntvriendelijkheid. Daarnaast zijn diverse faciliteiten gemoderniseerd, is de capaciteit vergroot en de logistiek verbeterd.



Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm ‘spoedeisende hulp’.


Afdeling De Schakel voor kwetsbare ouderen

Het aantal kwetsbare ouderen die na behandeling op de SEH/HAP, ondersteunende zorg nodig hebben en niet naar huis kunnen, groeit. Een aantal van deze ouderen heeft wel zorg, maar geen directe ziekenhuiszorg nodig. Vandaar dat het Maastricht UMC+ en Envida een mogelijkheid creëren om deze mensen op te vangen. Daartoe is een afdeling met negen bedden op verpleegafdeling C2 van het ziekenhuis geopend. Tijdens het verblijf op deze afdeling – van maximaal 72 uur – hebben zorgprofessionals de tijd om goed in kaart te brengen welke (tijdelijke) extra zorg nodig is. Daarbij heeft terugkeer naar huis de voorkeur. Zorgprofessionals van Envida bemensen de schakelafdeling – waaronder een specialist ouderengeneeskunde, (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en paramedici (fysiotherapeut en ergotherapeut) – en zijn medisch verantwoordelijk voor de op C2 opgenomen patiënten. Envida, de thuiszorgorganisaties azM Herstelzorg, Mosae, de Beyart, Sevagram en anderen zorginstanties werken er allen aan mee om deze patiënten tijdig over te nemen op de gewenste vervolgplek. Het project is een gezamenlijk initiatief van het Maastricht UMC+, Envida, azM Herstelzorg en ZIO. Na een jaar wordt de tevredenheid van mensen die op deze afdeling zijn opgenomen geëvalueerd, evenals het nut en de noodzaak van een dergelijke afdeling. *Meer informatie op www.mumc.nl > verwijzers > Doorstroomafdeling De Schakel.*

Betere mammogrammen door gebruik contrastvloeistof

Het klassieke mammogram, dat wordt gebruikt bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, heeft een nauwkeurigheid van ongeveer 80 procent. Dat houdt in dat één op de vijf afwijkingen wordt gemist. Een grotere nauwkeurigheid is dan ook wenselijk. Maastrichtse radiologen introduceerden daarom in 2013 een nieuwe techniek, de zogeheten ‘contrast-enhanced mammography’ (CEM), waarbij er voorafgaand aan de scan een kleine hoeveelheid contrastvloeistof wordt toegediend in de bloedbaan. Met deze techniek is men in staat tumoren nauwkeuriger op te sporen, zo blijkt, maar ook eenvoudiger. Zo eenvoudig, dat ook eerste- en tweedejaars middelbare scholieren een relatief nauwkeurige beoordeling kunnen doen. Zo werden 134 leerlingen van het Maastrichtse Porta Mosana college aan een test onderworpen. Zij kregen allereerst een korte introductie over borstkanker, mammografie en de contrast-versterkte techniek. Vervolgens werden veertien mammogrammen voorgelegd. In bijna 85 procent van de gevallen waren de leerlingen (met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 13 jaar) in staat om een afwijking te identificeren die eerder op een klassiek mammogram werd gemist door een radioloog. “Deze resultaten willen natuurlijk niet zeggen dat deze leerlingen nu door kunnen gaan voor radioloog”, zegt radioloog dr. Marc Lobbes van het Maastricht UMC+. “Over het algemeen is de radioloog in staat om 95 procent juist te beoordelen op een mammogram met contrastvloeistof. We wilden met deze studie laten zien dat het beoordelen van een mammogram met contrastvloeistof eenvoudiger wordt en een waardevolle toevoeging is aan onze diagnostiek. Daarnaast is het een manier om scholieren enthousiast te maken voor het doen van wetenschappelijk onderzoek en een loopbaan in de zorg.”

In het wetenschappelijk tijdschrift ‘Journal of Cancer’ publiceerden de Maastrichtse onderzoekers recent hun resultaten. *Meer informatie op www.mumc.nl > ‘betere mammogrammen’.*



Prof. dr. Jeanine Verbunt is revalidatiearts en hoogleraar revalidatiegeneeskunde. Zij behandelt patiënten op de afdeling Revalidatiegeneeskunde van Adelante in het Maastricht UMC+ en werkt aan wetenschappelijk onderzoek, innovatie en zorgvernieuwing in het Expertisecentrum Pijn en Revalidatie. Dit centrum is een samenwerking van Adelante Zorggroep en het Maastricht UMC+.

PERSOONLIJK

Een dekkend Limburgs netwerk voor chronische pijn

“De zorg rondom pijn is in Nederland nog niet goed geregeld”, opent revalidatiearts en hoogleraar prof. dr. Jeanine Verbunt. Zij richt zich op de ontwikkeling van zorg op maat op weg naar beter functioneren voor mensen met (complexe) chronische pijn. “Veel mensen met chronische pijn raken verstrikt in ons huidige gezondheidszorgsysteem. Op zoek naar een oplossing bezoeken ze de ene na de andere behandelaar. Aanbod is er in de eerste, tweede en derde lijn genoeg. Maar welke keuze maak je als verwijzer?”

“In Nederland hebben 2 miljoen mensen pijn, in verschillende gradaties”, vervolgt Jeanine Verbunt. “Dat is een gigantisch aantal. Ongeveer tien procent daarvan wordt door de pijn beperkt in het dagelijkse leven. Een deel daarvan kan vrijwel niets meer en zit noodgedwongen thuis. Deze mensen hebben meestal een langdurig traject afgelegd in de zorg om een passende oplossing te vinden voor hun klachten: vaak helaas zonder het gewenste resultaat én zonder perspectief. Dat laatste is onterecht. De pijn kunnen we dan inderdaad meestal niet oplossen, wel kunnen we er met een behandeling op maat voor zorgen dat mensen kunnen functioneren en een betere kwaliteit van leven ervaren.”

Transmuraal netwerk De begeleiding voor mensen met chronische pijn die Adelante en het Maastricht UMC+ samen hebben vormgegeven in het project Netwerk Pijnrevalidatie Limburg is transmuraal en discipline-overstijgend; variërend van alleen duidelijke uitleg over pijn tot snelle en intensieve begeleiding voor mensen met een risicoprofiel om vast te lopen. Jeanine Verbunt: “Elke behandeling start vanuit de vraag hoe we iemand met pijn kunnen ondersteunen zodat hij of zij weer vooruit kan. Daarbij kijken we niet alleen naar de pijn, maar naar de mens als geheel: wat kan iemand nog wel ondanks de klachten? Het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg helpt huisartsen, medisch specialisten en therapeuten aan informatie over de beschikbare behandelmogelijkheden en een goede verwijzing. In de regio Heerlen werkt een groep fysiotherapeuten, ergotherapeuten, huisartsen en revalidatieartsen die met chronische pijn te maken hebben al op deze manier samen om het

functioneren bij chronische pijn te verbeteren. De deelnemers zien elkaar regelmatig. Ze delen kennis en kunde met elkaar en weten wat zij kunnen betekenen voor patiënten met pijn. Samen vormen zij een sluitend netwerk waarin contact snel is gelegd.”

Ook in Maastricht/Heuvelland Dit jaar hopen we het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg verder te kunnen uitrollen in de regio Maastricht/Heuvelland. In samenwerking met andere behandelaren en specialisten op het gebied van pijn zou een dekkend netwerk in heel Limburg een mooi streven zijn, waarin de behandeling bij voorkeur dichtbij de patiënt in de eerste lijn wordt aangeboden. Als de juiste expertise hier niet voorhanden is, volgt een verwijzing naar de tweede of derde lijn. Als onderdeel van het netwerk implementeren we ook een e-healthprogramma dat artsen en therapeuten ondersteunt bij een doelmatige en effectieve verwijzing en behandeling van chronische pijn. Zowel de patiënt als de hulpverlener hebben toegang hiertoe. Dit programma, waarvan de pilot in de regio Heerlen positief is ontvangen, bevat een aantal modules met uitleg over pijn en adviezen voor beter functioneren, die de patiënt thuis rustig kan doorlezen. Daarnaast zijn er praktische tips en *tools* die verwijzers helpen om naast de medische diagnostiek ook extra met een psychosociale bril naar patiënten te kijken. Aan de hand van een aantal vragen kunnen zij van hun patiënt een risicoprofiel voor beperkingen bij pijn bepalen, op basis waarvan gericht én tijdig een verwijzing en behandeling gekozen kan worden. Veel verwijzers indiceren pas op pijn als iemand al vastgelopen is, terwijl juist in die fase daarvoor, als mensen nog niet zijn uitgevallen, zoveel sneller winst te behalen is. Met dit netwerk hopen we de zorg in Zuid-Limburg voor mensen met pijn doelmatiger – de juiste persoon op de juiste plaats in de zorg – en kwalitatief beter te maken.”

Wil je informatie ontvangen als het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg van start gaat in de regio Maastricht? Laat het dan weten via: margareth.vankrevel@maastrichtuniversity.nl.

Pijn- en angstvrij is het motto

Het roesje is een geliefd middel om onplezierige onderzoeken of ingrepen draaglijk te maken. Jaarlijks vinden in het Maastricht UMC+ bij volwassenen 3.000 en bij kinderen 1.200 ingrepen onder sedatie plaats, variërend van bloedprikken tot de behandeling van hartritmestoornissen. Waar sedatie niet wenselijk is maar de patiënt toch wakker moet blijven, zoals bij een bevalling, stijgt de epidurale pijnstilling in populariteit. Wanneer kies je wel of juist niet voor een ingreep met anesthesie? En wat is de keerzijde van deze trend waar patiënten zelf ook in toenemende mate naar vragen. We leggen de vraag voor aan vier specialisten.



Dr. Ruud Timmer is anesthesioloog in het Maastricht UMC+.



Dr. Stijn van Teeffelen is gynaecoloog en perinatoloog in het Maastricht UMC+.



Drs. Nicole Engel is anesthesioloog in het Maastricht UMC+, met als aandachtsgebied obstetrische anesthesie.



Dr. Piet Leroy is kinderarts-intensivist in het Maastricht UMC+.

Dr. Ruud Timmer:

“Zie het roesje gerust als extra service voor de patiënt”



“In 2012 heeft de IGZ als gevolg van blijvende meldingen van calamiteiten rond sedatie door niet-anesthesiologen een toetsingskader gepubliceerd, waarin gesteld werd waaraan voldaan moet worden bij procedurele sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer. Hiermee wilde de inspectie vanwege het groeiend aantal sedaties de kwaliteit van de sedaties zeker stellen.

Want, de ontwikkeling was niet meer te stoppen, noch vanuit het perspectief van de specialist die met sedatie ingrepen kan uitvoeren die bij een wakkere patiënt vaak niet mogelijk zijn. Noch vanuit het perspectief van de patiënt, die afhankelijk van de slaapdiepte niets nadeligs meekrijgt van de ingreep. Het mes snijdt aan twee kanten. Het Maastricht UMC+ heeft na die impasse in 2012, vanwege de extra service die wij met ingrepen onder sedatie kunnen bieden aan de patiënt, budget vrijgemaakt voor een uitbreiding van de afdeling Anesthesiologie met vijf extra Physician Assistants. Op dit moment stevenen we op een nieuwe uitbreiding af, want met 3.000 sedaties per jaar zitten we aan onze taks. De afdeling Cardiologie behandelt bijvoorbeeld hartritmestoornissen met een roesje. Deze ingreep, die niet onder narcose kan plaatsvinden omdat bepaalde stoornissen dan niet zichtbaar zijn, kan wel vier uur duren en brengt een hoge

mate van discomfort met zich mee. Er zijn patiënten die dit aankunnen, de meesten kiezen echter voor het roesje en nemen de langere wachttijd van ongeveer drie maanden die hiermee gepaard gaat, voor lief. Ook de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten verricht veel ingrepen onder sedatie. Vanwege het discomfort, maar ook omdat sedatie een betere kwaliteit van zorg mogelijk maakt. Met een roesje en een goede dosis pijnstilling kunnen bepaalde darmtumoren endoscopisch verwijderd worden en kan een ingrijpende darmresectie voorkomen worden. Dat zijn natuurlijk fantastische ontwikkelingen. Onder de streep spelen bij de keuze voor sedatie drie factoren een rol: de aard en de duur van de ingreep en het karakter van de patiënt. Zoals we kinderen al langer even laten slapen voor een lastig onderzoek, helpen we ook volwassenen die extreem bang zijn. Elke vrijdag draaien we bijvoorbeeld een sedatieprogramma bij kleine kaakchirurgische ingrepen. Met een eenvoudig roesje neem je de bedreigende beleving die een ingreep voor de patiënt kan hebben weg. Het is dan ook een goede reden voor een verwijzing.”

Drs. Nicole Engel:

“Steeds meer vrouwen kiezen voor superieure pijnstilling”

Stijn van Teeffelen: “Sedatie speelt nauwelijks een rol in de fase rond de bevalling. Je wilt de beleving van de bevalling niet wegnemen, wel de pijn als de vrouw die gaat bevallen daar behoefte aan heeft. In ons land vindt ongeveer 25% van de bevallingen met epidurale verdoving plaats; in ons ziekenhuis gaat dit aantal richting 40%. In de VS is dit bijna 90% en in België 70%. De wens voor pijnstilling is een indicatie voor een ziekenhuisbevalling en meteen ook een van de redenen waardoor het aantal thuisbevallingen daalt. Pijnbestrijding rond de bevalling is echter niet risicovrij. Daarom bieden we in het Maastricht UMC+ ook rustgevend alternatieven. We beschikken over twee prachtige bevalbaden. Ook loopt er een *trial* die de waarde onderzoekt van kraamverzorgenden, die als een bevallingscoach continue ondersteuning bieden om de vrouw zo ontspannen en pijnloos mogelijk door de bevalling loodsen. Mocht zij kiezen voor pijnbestrijding, dan maken we de drempel niet onnodig hoger. Die tijd is voorbij. Het staat ook in de richtlijn dat de wens om pijnstilling van de vrouw leidinggevend is. Pijnstilling is ook een kwaliteitsindicator voor geboortezorg. In het Maastricht UMC+ is deze zorg 24/7 aanwezig.”

Nicole Engel: “Als een vrouw voor pijnbestrijding rond de bevalling kiest, moet wel duidelijk zijn dat elk middel voor- en nadelen kent. Pethidine werkt rustgevend, maar is en blijft een morfine-achtig middel met bijwerkingen als sufheid en misselijkheid voor moeder en kind. Lachgas werkt sederend, maar is vervuilend en op termijn niet goed voor de gezondheid van degenen die in de bevalomgeving werken. De epiduraal geeft superieure pijnstilling, maar de moeder kan koorts krijgen. Hoe dit komt, is nog altijd niet te verklaren. De bloeddruk kan dalen en de prik kan complicaties veroorzaken. Er zijn ook geluiden dat de bevalling door de epiduraal langzamer gaat, maar dit is onvoldoende onderbouwd. Alleen bij heel dringende keizersneden en in gevallen waar door medische redenen een ruggenprik niet mogelijk is, is algehele anesthesie nog een optie. Gelukkig komt dit steeds minder vaak voor. We kunnen zelfs onder de hoogste spoed via de epidurale of spinale ruggenprik zoveel medicatie geven, dat de patiënt de operatie niet voelt en toch de bevalling meemaakt.”





Dr. Piet Leroy:

“Pijnbestrijding bij kinderen is maatwerk”

“Voor kinderen kunnen de meest alledaagse verrichtingen, zoals bloedprikken of het zetten van een infuus, bedreigend zijn. Ze raken in paniek, verzetten zich en bouwen zeker als ze op jonge leeftijd vaker behandelingen moeten ondergaan, een trauma op dat ze de rest van hun leven met zich meedragen. Terwijl dat niet nodig is, als we de tijd nemen en per kind bekijken hoe we pijn en angst kunnen voorkomen. Pijnbestrijding bij kinderen is maatwerk. Sommige kinderen kunnen prima een prik ondergaan. Andere kinderen help je met verdovende zalf en afleiding of door hun bewustzijn kort een tikje te verlagen. Afhankelijk van de aard en de duur van de verrichting, de pijn die daarbij te verwachten valt én de angst van het kind gebruiken we hiervoor farmacologische middelen, hypnosetechnieken of een combinatie daarvan. De diepte van de slaap kan variëren van een licht roesje tot een diepe slaap die grenst aan narcose. Het doel van de sedatie is het kind comfortabel en angstvrij door de ingreep te loodsen. Speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundig specialisten bege-

leiden de kinderen en hun ouders hierbij. Stap voor stap werken we in dit proces naar de ingreep toe, totdat het kind het vertrouwen heeft dat het goed is wat er gebeurt. Met ons team begeleiden we per jaar ongeveer 1.200 kinderen. Omdat veel van deze ingrepen niet planbaar zijn, hebben we de servicelogistiek zo ingericht dat we elke dag opnieuw snel kunnen schakelen. Je ziet wel een verschuiving plaatsvinden in de ingrepen die onder sedatie gebeuren. Vroeger waren dit alleen handelingen die normaliter buiten de OK plaatsvinden, tegenwoordig zetten we in samenwerking met specialisten bijvoorbeeld ook eenvoudige breuken onder sedatie. De ingreep is zo minder belastend voor zowel het kind als de OK-capaciteit. Diezelfde samenwerking die we in het ziekenhuis hebben met de medisch specialisten streven we ook na met de eerste lijn. Huisartsen kunnen ons altijd raadplegen of een kind doorverwijzen als er een pijnlijke verrichting moet gebeuren of sprake is van angst.”

Column

*Jos Hoofs,
beleidsadviseur
Patiëntveiligheid
Maastricht UMC+*



Pijnscore

Wanneer ik bij mijn reumatoloog op de poli kom voor mijn halfjaarlijkse controle krijg ik veelal de 'pijnscore' voorgelegd. U weet mogelijk wat ik bedoel: een A4-tje met een aantal smiley's op een rij. De smiley die het meest somber kijkt voor 'ondragelijke pijn', de meest vrolijke voor 'geen pijn'.

Nu zal dat voor een buitenstaander een vrij eenvoudige opdracht lijken: 'Wat is uw pijnbeleving op dit moment?'. Ik zit daar echter iedere keer even mee te worstelen. Het probleem zit hem namelijk in: 'op dit moment'. Wordt hiermee bedoeld: nu, woensdagmiddag 15.00 uur? Of toch: deze week, deze maand, dit jaar? Of, zoals in mijn geval: de laatste 15 jaar? 'Chronische pijn' heet dat. Ik vind het om een of andere reden een krachtig woord, 'chronisch'. Enerzijds geeft het duidelijk het tergend aanhoudende karakter ervan aan, anderzijds zegt het iets over de impact. Niet een 'zeurende pijn' (mensen zeuren soms), maar een duidelijk aanwezige en moeilijk te verwaarlozen pijn. Was het enkel sinds 1 of 2 dagen dat ik deze pijn voel, dan zou ik mogelijk op de middelste smiley uitkomen. Maar het 'chronische karakter' maakt dat ik veel hoger wil scoren: je bent het gewoon zat!

Vergelijk: geluidsoverlast vanwege een keer een feestje bij de burens is best te verdragen. Dat wordt een heel ander verhaal wanneer het iedere avond is. 'Beheerst het je leven?' wordt wel eens gevraagd. Ik vind dat een zwaar woord, 'beheersen'. Bepaalt het je leven? Zondermeer. Van bijna iedere fysieke inspanning ben je je bewust. Waar iemand anders zonder na te denken weer even snel de trap oploopt omdat hij op zijn slaapkamer iets heeft laten liggen, baal ik omdat het mij weer extra inspanning kost. Dat vreet energie, maakt enorm moe en komt je humeur niet altijd ten goede (en daarmee sporadisch ook niet je relatie). Voor de buitenwereld is het niet altijd zichtbaar, en dat hoeft en wil ik ook niet. Maar het is goed om te zien dat het binnen de medische wereld wél steeds meer zichtbaar is en aandacht krijgt. Een beetje begrip geeft ook al verlichting, al heb ik zelf niet te klagen.