

‘Ik ben wel wat gewend

Op de pijnpoli van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk worden bij patiënten zenuwblokkades aangebracht. Zo worden er allerlei soorten pijn bestreden, ook pijn bij brandwonden. Verpleegkundig pijnconsulenten assisteren bij de behandeling op deze zogeheten interventiedag.

[Adri van Beelen]

Mevrouw Wendeman komt de onderzoekskamer van de pijnpoli binnen. Ze lacht vriendelijk naar de aanwezige artsen en verpleegkundigen, maar inwendig voelt ze veel pijn. Ze heeft al jaren pijn in de rug, een pijn waarvan de oorzaak niet te behandelen is. Van alles is er al aan gedaan, laat ze desgevraagd weten, maar niets heeft ooit afdoende geholpen. Daarom wordt er nu een andere methode toegepast: een zenuwblokkade. Onder doorlichting met röntgenstraling wordt in de rug geprikt en daar wordt de zenuw verdoofd. “Het is een proefblokkade”, legt pijnconsulent Patrice Knol uit. “Dan wordt er chirocaïne, een lokaal anestheticum, rondom de zenuw gespoten. Daardoor is deze tijdelijk verdoofd. De patiënt voelt als het goed is één à twee dagen geen pijn. “Als dat zo is,

betekent het dat we goed zitten”, zegt Patrice Knol. “Daarna gaan we over tot permanente pijnblokkade. Dat gebeurt met het aanbrengen van een elektrode in het gebied van de zenuw waar we een laagfrequente stroom doorheen sturen. Hoe het precies werkt, is moeilijk uit te leggen, maar het komt erop neer dat we iets veranderen aan die zenuw waardoor de pijn niet of minder wordt gevoeld. Je beschadigt de zenuw als het ware. Veel mensen zijn daardoor maanden of jaren pijnvrij. Of ze hebben in ieder geval veel minder pijn.

C-BOOG

Verpleegkundig pijnconsulent Harmke van Wijngaarden is intussen bezig bij de zogeheten C-boog, een röntgenapparaat dat als een soort gekromde klauw boven en onder de behandeltafel geschoven

kan worden. Mevrouw Wendeman gaat op haar buik liggen. “Ik doe even uw hemd omhoog en uw broek omlaag”, zegt de arts. Onder haar middel krijgt de patiënte een kussen om het bekken iets te verhogen zodat de arts beter kan prikken. Het gaat om zenuwen bij het gewricht L4-L5 en S1. Eerst wordt de huid ontsmet met alcohol en daarna gaat de naald onder röntgendoorlichting naar binnen. “Die naald is wel even pijnlijk, maar het heeft geen zin om dat vooraf te verdoven omdat je in feite al aan het verdoven bent.” Zowel de artsen als Patrice en Harmke dragen OK-kleding, compleet met mutsje, maar zonder mondkapje. Verder hebben ze een loden schort met extra bescherming ter hoogte van de keel voor de schildklier. “Vooral als je er vlak bij staat, heb je bescherming nodig”, vertelt Harmke van Wijngaarden. “Maar als je er twee meter vanaf staat, is er al nauwelijks straling meer.” De arts kijkt intussen op de monitor of hij goed zit en spuit voorzichtig de chirocaïne op de juiste plek.

Als mevrouw Wendeman klaar is, klautert ze voorzichtig van de tafel. “Hoe gaat het met u?” vraagt de arts. De vrouw lacht. “Ach, het gaat wel hoor. Ik ben wel wat ge-



hoor dokter'

wend hoor dokter." Ze lachen. Even later zegt Patrice: "Je ziet vaak dat oudere mensen beter tegen pijn kunnen. Ze zijn inderdaad al meer gewend. Jongere mensen laten over het algemeen eerder merken dat ze pijn hebben en lijken er ook nog minder goed tegen te kunnen."

INTERVENTIEDAG

Pijn is soms draaglijk, maar vaak ook onverdraaglijk. Tegenwoordig is men van mening dat niemand eigenlijk meer pijn hoeft te lijden. Maar dat is nog geen garantie dat ook niemand meer pijn heeft. De aandacht voor goede pijnbestrijding is de laatste decennia enorm toegenomen. Zo hebben veel ziekenhuizen een pijnpoli. Het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, dat sinds enige tijd ook zo'n poli heeft, geeft op de zogeheten interventiedag pijnblokkades. De polikliniek groeit nog en er werken nu nog relatief weinig mensen. Maar langzaam komen er steeds meer mensen bij. Goede multidisciplinaire samenwerking is essentieel, zo benadrukken de verschillende partijen. "De samenwerking met de verpleegkundig pijnconsulenten is van groot belang, zegt anesthesioloog Rien van der Vegt. "Je raakt op elkaar ingespeeld en het spreekt voor zich dat dit beter is voor de continuïteit."

Op een interventiedag komt soms de ene na de andere patiënt. Maar dat is volgens Harmke van Wijngaarden wel prettig. "Ik houd van kortdurende contacten", zegt ze. "Heb ik altijd al van gehouden. Na de opleiding tot A-verpleegkundige heb ik op de afdeling verloskunde gewerkt. Daar heb je ook meestal korte contacten. Daarna op de verkoever, waar de contacten nog korter duren. Patrice Knol is op een hele bijzondere manier het vak ingerold. "Ik deed aanvankelijk middelbare hotele school, maar op mijn 18e jaar raakte ik ernstig verbrand tijdens het knutselen aan mijn brommer. Zo kwam ik terecht op het brandwondencentrum hier in het Rode Kruis Ziekenhuis waar ik acht maanden heb gelegen. En wat ik daar zag, vond ik eigenlijk mooier dan het werk in hotels. Ik wilde de zorg in en het werd de anesthesieopleiding. Officieel ben ik anesthesieassistent, later ben ik pijnconsulent geworden, net als Harmke. Pijnconsulenten kunnen dus een verpleegkundige achtergrond hebben, maar ook een andere."

TENS

Er zijn diverse behandelingen waarbij de pijnconsulenten betrokken zijn. Zoals een blokkade van de fa-

cetgewrichten. Dit is een behandeling waarbij de pijnleiding vanuit de steungewrichtjes aan de achterkant van de wervelkolom beïnvloed wordt. Verder is ook sacro-iliacale gewrichtsinfiltratie en radiofrequente SI-gewrichtsbehandeling mogelijk. Daarbij wordt het gewricht tussen het heiligbeen en de bekkenbeenderen behandeld met een injectie of met een radiofrequente stroom. Een bijzondere behandeling is TENS, oftewel Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. Daarbij wordt een zwakke elektrische stroom op de huid aangebracht gedurende een bepaalde tijd met als doel de pijnklachten te verminderen. In het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk is een speciaal TENS-sprekuur dat wordt gedaan door de verpleegkundig pijnconsulenten. Ook Patrice Knol doet wekelijks TENS-sprekuren. "Het is heel belangrijk dat je TENS goed uitlegt en dat je instructies geeft. Daarvoor moet je echt de tijd nemen. Per patiënt trekken we dan ook zo'n drie kwartier uit." Er komt een patiënte binnen met pijn in haar arm. Het is onbekend waar de pijn vandaan komt en er is al van alles geprobeerd. Nu krijgt ze TENS. Patrice stelt haar eerst op haar gemak en begint aan de uitleg van de werking van het apparaat.



“De elektroden die we gaan gebruiken, plakken we op het gebied waar je de meeste pijnklachten hebt”, zegt hij. “Dat zal in het begin wel vreemd aanvoelen, alsof er mieren over je huid kruipen. Ik bouw de stroomsterkte langzaam op tot een niveau dat draaglijk is. Met de stroom blokkeren we het pijnsignaal als het ware.”

De werking van TENS is volgens Patrice drieledig. “In de eerste plaats beïnvloedt het de pijngeleiding. Verder stimuleert het de afgifte van pijnstillende stoffen door het lichaam zelf. Denk aan endorfine, een op morfine lijkende stof die het lichaam zelf aanmaakt. Ook kun je stellen dat de therapie een spierontspannende werking heeft.” De patiënte krijgt de twee elektroden opgeplakt en moet duidelijk even wennen aan het vreemde ‘gevoel’ op haar arm. “Maar ik voel wel dat de pijn afneemt”, zegt ze. Patrice Knol legt uit dat TENS weken of maanden gebruikt kan worden. “Dat varieert per geval en per patiënt. We leggen altijd wel uit dat TENS niet de oorzaak van de pijn wegneemt, maar dat het alleen de pijn vermindert. Dat is essentieel, want anders wek je valse verwachtingen. Dat geldt ook voor de zenuwblokkades die we op de pijnpoli geven.” Het TENS-apparaat is zo groot als een walkman met twee snoertjes. Daardoor is het mogelijk het apparaatje bij je te dragen. “De elektrodes lijken op plakpleisters; ze kunnen op elke plek van het lichaam aangebracht worden”, vertelt de pijnconsulent. “Maar de huid onder de elektroden moet wel gaaf zijn. Er mogen geen wondjes, pukkeltjes of eczeemplekken zitten.” De TENS-therapie kan ongeveer drie tot vier

maal per dag worden uitgevoerd. Patrice: “Een behandeling duurt gemiddeld 60 minuten. Ik adviseer mensen altijd om rustig te gaan zitten of om op bed te gaan liggen. Maar als ze willen, mogen ze ook bezig zijn.”

STEUNGEWRICHTEN

Half elf. Het is tijd voor koffie met koek. Patrice en Harmke gaan even zitten terwijl de volgende patiënt zich alweer aandient. “Het is nog altijd zo dat veel pijn niet zomaar kan worden verklaard”, filosofeert Patrice. “Maar tegelijkertijd is het mooi dat er toch heel veel aan gedaan kan worden. En het is mooi daar een bijdrage aan te leveren. Ik zou op geen andere plek willen werken.”

Het is tamelijk rustig in het ziekenhuis vandaag. Er zijn bijvoorbeeld geen patiënten met pijn als gevolg van brandwonden. Maar dat is toeval, want omdat zich in het ziekenhuis ook het brandwondencentrum bevindt, is de poli gespecialiseerd in patiënten met pijnklachten als gevolg van verbranding. “Deze verbrandingen kunnen zo ernstig en langdurig zijn dat hiervoor extra aandacht en kennis noodzakelijk is”, legt Rien van der Vegt uit. “Ten eerste duurt brandwondenpijn langer en ten tweede heeft het een ander karakter. Het lijkt niet op de scherpe wondpijn na een operatie, maar het heeft meer het karakter van zenuwletsel. De pijn is branderig, wringend, knijpend of enorm jeukend. Bovendien is er ook een psychisch aspect: de pijn is hinderlijk of knellend en belemmend.”

Het vervelende van pijn bij brandwonden is volgens Van der Vegt dat deze pijn geen functie meer heeft.



“Pijn heeft vooral een signaalfunctie om het lichaam in staat van paraatheid te brengen om gevaar te ontwijken. Maar deze pijn heeft dat niet meer. Ze is alleen hinderlijk aanwezig. De pijn belemmert je alleen maar en belemmert daarmee ook het herstel. Wij denken dat dankzij goed pijnbestrijding het brandwondenherstel vlotter verloopt.”

Op de behandelkamer komt weer een patiënt die al een keer eerder is geweest voor een diagnostische behandeling met chirocaïne. “Nu gaan we de langwerkende pijnbehandeling starten”, vertelt Patrice Knol. “Bij deze patiënt heeft de tijdelijke uitschakeling van de zenuw met chirocaïne geholpen, dus kan de langwerkende behandeling gestart worden. Er worden drie naaldjes bij de zenuwvlakjes van de betreffende steungewrichten geplaatst. Dan controleren we met een klein prikkelstroompje de positie van het naaldpuntje. Na verdere verdoving verwarmen we de naaldpunt door middel van radiofrequentie stroom. Hierdoor wordt de betreffende zenuw voor langere tijd uitgeschakeld.”

