

Pijn bij wondzorg: naar een gestructureerde aanpak

Expert-based consensusdocument

april 2025



Pijn bij wondzorg: naar een gestructureerde aanpak

Expert-based consensusdocument

Calmeyn Klaas

Verpleegkundig specialist
wondzorg AZ Delta
Werkgroeplid WCS België

de Graaf Annelies

Verpleegkundig specialist
wondzorg UZ Leuven
Werkgroeplid WCS België

Himpe Marie-Line

Verpleegkundig specialist
wondzorg AZ Groeninge
Werkgroeplid WCS België

Nys Magali

Verpleegkundig specialist
wondzorg RZ Tienen
Werkgroeplid WCS België

Smet Steven

Verpleegkundig specialist
wondzorg UZ Gent
Werkgroeplid WCS België
Stuurgroep Eduwond

Toppets Adinda

Lector verpleegkunde
Hogeschool PXL
Bestuurslid WCS België

Verpaelst Nele

Stafmedewerker wondzorg
en infectiepreventie
Wit-Gele Kruis West-
Vlaanderen
Werkgroeplid WCS België

Met dank aan de waardevolle medewerking van:

Briers Eva – student master verpleegkundig specialist – KU Leuven

Boeckx Adelheid – verpleegkundig specialist pijn – UZ Gent

Broekmans Susan – verpleegkundig specialist pijn – UZ Leuven

Pirotte Tim – verpleegkundig consulent pijn – RZ Tienen

©WCS België 2025

Eerste versie gepubliceerd op 24 april 2025

Dit document werd opgesteld door een focusgroep bestaande uit Vlaamse zorgverleners met praktische expertise op het vlak van wondzorg op initiatief van Woundcare Consultant Society (WCS) België.

Bij de ontwikkeling van dit document heeft de focusgroep zich gebaseerd op het EMWA - consensusdocument 'Holistic Management of Wound-Related Pain' (Holloway et al., 2024). Bijkomende bronnen worden in de tekst vermeld.

Referentie: Calmeyn, K., de Graaf, A., Himpe M., Nys M., Smet S., Toppets A., Verpaelst N. Pijn bij wondzorg: Een gestructureerde aanpak. Expert-based consensusdocument. 2025. Beschikbaar op www.wcs-belgie.be



Inhoud

Inhoud	4
1. Inleiding	5
2. Anamnese en actieve beoordeling bij wondzorg	6
2.1. Identificeer het soort pijn	6
2.2. Beoordeel de pijn	8
2.3. Identificeer de beïnvloedende factoren en beoordeel de wonden in functie van pijn	11
3. Holistische benadering	13
4. Correctie van onderliggende factoren en doelgerichte behandeling van wondzorg gerelateerde pijn	14
4.1. Niet-farmacologische maatregelen	14
4.1.1. Informeer en betrek de zorgvrager	14
4.1.2. Afleiding en relaxatie	14
4.1.3. Gebruik het correcte verbandmateriaal en pas de wondzorg aan	16
4.2. Farmacologische maatregelen	18
4.2.1. Systemische pijnmedicatie	18
4.2.2. Medicamenteuze aanpak: nociceptieve pijn	19
4.2.3. Medicamenteuze aanpak: neuropathische pijn	19
4.2.4. Lokale pijnbestrijding	20
5. Conclusie	23
Referenties	24



1. Inleiding

Pijn komt frequent voor bij zorgvragers met zowel acute als moeilijk helende wonden. Zo blijkt dat tot 80% van de zorgvragers met een moeilijk helende wonde voortdurend pijn ervaart en dat het uitvoeren van wondzorg (bv. reiniging, debridement) door het merendeel als pijnlijk wordt ervaren (Frescos, 2018). Tot 76% van de zorgvragers ervaart matige tot ernstige pijn bij verbandwissels waarvan de helft ernstige pijnklachten aangeeft (Gardner et al., 2017).

Het ervaren van pijn kan een grote negatieve impact hebben op de kwaliteit van leven zoals belemmering in de dagelijkse activiteiten en het sociaal leven en een verstoorde slaap. Pijn kan daarnaast ook een negatieve impact hebben op de wondheling zelf, door minder grondig uitgevoerde wondzorg, of door de stressrespons (hoge cortisol). Het is bijgevolg belangrijk om bij elke zorgvrager een effectief pijnbeleid op te starten. Een correcte aanpak van wondgerelateerde pijn is namelijk enkel mogelijk na een grondige holistische pijnbeoordeling of -assessment. Er zijn verschillende soorten wondgerelateerde pijn waaronder achtergrondpijn, doorbraakpijn of procedurele pijn die elk een andere benadering en aanpak vragen (Admassie et al., 2022). Deze benadering dient steeds interdisciplinair te zijn waarbij zowel niet-farmacologische als farmacologische behandelingen toegepast kunnen worden. Tenslotte is de betrokkenheid en actieve deelname van de zorgvrager tijdens dit proces onontbeerlijk om te komen tot een optimale pijncontrole in combinatie met een haalbaar wondbehandelingsplan.

Met dit consensusdocument trachten wij een praktisch gestructureerd overzicht aan te bieden dat vlot toegepast kan worden in de klinische praktijk en kan leiden tot een optimaal pijnmanagement bij zorgvragers met acute en moeilijk helende wonden.



2. Anamnese en actieve beoordeling bij wondzorg

Elke wonde betekent een verlies van huidintegriteit en potentiële schade aan de zenuwvezels. Eenmaal een wonde aanwezig, is het belangrijk om volgens een eenduidig protocol te werk te gaan om de wondgerelateerde pijn op een correcte manier te identificeren en te behandelen.

De eerste stap is het uitvoeren van een uitgebreide anamnese waarbij het soort pijn, de beïnvloedende factoren en de mate van pijn op een objectieve manier worden gemeten. Het in kaart brengen van het soort pijn is hierbij gelinkt aan de te volgen strategie om de pijn adequaat te behandelen.

2.1. Identificeer het soort pijn

Pijn kan op verschillende manieren worden geclassificeerd. Een veelgebruikte classificatie is op basis van de tijdsduur waarbij het onderscheid wordt gemaakt tussen acute of chronische pijn. Anderzijds kan pijn ook worden onderverdeeld aan de hand van het onderliggende pathofysiologische mechanisme.

Pijn bij zorgvragers met een wondprobleem wordt onderverdeeld in vier categorieën, zoals vastgesteld door de World Union of Wound Healing Societies (WUWHS, 2004). Deze classificaties ondersteunen zorgverleners om de pijn van de zorgvrager beter te begrijpen en gericht te kunnen behandelen.

1. Er kan een indeling gemaakt worden op basis van de **tijdsperiode** waarin de zorgvrager pijn ervaart.
 - o Acute pijn is pijn die gedurende een bepaalde tijd aanwezig is en verdwijnt wanneer de wonde genezen is. Het is gelinkt aan een acuut trauma, een acute verwonding of een operatie en heeft een belangrijke signaalfunctie in het lichaam. Acute pijn kan gepaard gaan met weefselschade en zal verdwijnen na genezing en/of weefselherstel (Orr et al., 2017).
 - o Chronische pijn is een continue of intermitterende pijn, die zowel in rust als bij manipulatie, en zelfs na wondheling kan aanhouden. Op heden wordt er steeds vaker gebruik gemaakt van het begrip persisterende pijn (Raffaelli et al., 2021). Deze vorm van pijn is dus langdurig aanwezig (> 3 maanden) en wordt geassocieerd met diverse ziekteprocessen, waaronder ook psychologische aandoeningen. Chronische pijn heeft net zoals acute pijn zowel een emotionele als een fysieke impact. Deze pijn kan bij alle soorten wonden voorkomen. Het mechanisme van chronische pijn is complex en vaak minder evident in functie van behandeling. Aanhoudende acute pijn kan leiden tot chronische of persisterende pijn, daarom is een vroegtijdige adequate pijnbehandeling belangrijk en mag deze niet nodeloos worden uitgesteld (Orr et al., 2017). Bij de behandeling van chronische pijn moet er vooral gekeken worden naar de in standhoudende factoren zoals arteriële doorbloeding en andere fysiologische oorzaken, maar ook de psychologische toestand, sociale factoren, medicatie, voedings- en hydratatie-toestand en huidintegriteit dienen hierbij in rekening te worden gebracht (IASP, n.d.).



2. Het **pathofysiologisch pijnclassificatiesysteem** is gebaseerd op de werking van het pathofysiologisch mechanisme van het lichaam dat resulteert in pijn (Orr et al., 2017).
- Nociceptieve pijn ontstaat door activatie van de nociceptoren. Bij dit soort pijn is er sprake van een prikkeling van de normale waarschuwingssystemen (thermisch, mechanisch, chemisch). De prikkel moet een bepaalde drempel overschrijven vooraleer het pijnsysteem geactiveerd wordt (bv. bepaalde temperatuur die overschreden wordt, te hoge druk, etc.). De pijn is meestal kortdurend van aard. Wanneer de oorzaak van de wonde (bv. druk) wordt weggenomen of de wonde genezen is, dan evolueert het pijnsysteem terug naar de oorspronkelijke situatie en zal de pijn verdwijnen.
 - Neuropathische pijn wordt veroorzaakt door een letsel of aandoening van het zenuwstelsel. Een lichte aanraking, druk of temperatuurverschil kan pijn uitlokken (Orr et al., 2017). Neuropathische pijn gaat over het algemeen gepaard met een veranderde pijngewaarwording zoals voosheid, tintelingen, brandend gevoel, elektrische scheuten. Neuropathische pijn kan in verschillende vormen voorkomen zoals bijvoorbeeld in fantoompijn na een amputatie, aantasting van de zenuwuiteinden na zona en littekenpijn.
 - Nociplastische pijn ontstaat door veranderingen in nociceptieve processen terwijl er geen schadelijke prikkels aanwezig zijn, noch ontstekingsprocessen of beschadiging van het zenuwstelsel (IASP, n.d.). Dit type van pijn gaat vaak gepaard met hyperalgesie (toegenomen pijnervaing op pijnlijke prikkel) en allodynie (pijn op een niet-pijnlijke prikkel), waardoor de wondverzorging bemoeilijkt kan worden. (WUWHS, 2004).
3. De **pijnclassificatie van het WUWHS** is specifiek gericht op pijn bij zorgvragers met een wonde (Brown, 2015):
- Achtergrondpijn is de pijn die aanwezig blijft in rust, zonder manipulatie van de wonde. Deze pijn kan continu aanhouden of in periodes optreden (intermittent), zoals bij krampen of nachtelijke pijn.
Oorzaken van de achtergrondpijn:
 - De wonde zelf en lokale factoren, zoals ischemie of infectie.
 - Andere onderliggende aandoeningen, zoals diabetische neuropathie, perifeer vaatlijden of dermatologische aandoeningen.
 - Niet-wondgerelateerde pijnproblemen die de achtergrondpijn kunnen beïnvloeden, zoals osteoartritis of kanker.
 - Doorbraakpijn is pijn die plots verergert tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten of in rust. Deze pijn kan uitgelokt worden door beweging of activiteit van de zorgvrager zoals bij mobilisatie of hoesten (Brown, 2015).
 - Procedurele pijn treedt op tijdens de uitvoering van bepaalde handelingen gelinkt aan de wondverzorging zoals bijvoorbeeld tijdens het reinigen van de wonde, bij het verwijderen van het verband of tijdens een debridement.
We onderscheiden twee soorten procedurele pijn:
 - *Cyclische* pijn: bij handelingen die op regelmatige basis gebeuren, zoals bijvoorbeeld een verbandwissel of het reinigen van een wonde.



- *Niet-cyclische* pijn: bij handelingen die eenmalig een pijnsensatie veroorzaken, bijvoorbeeld het verwijderen van een drain.
- Operatieve pijn is gerelateerd aan chirurgie.

2.2. Beoordeel de pijn

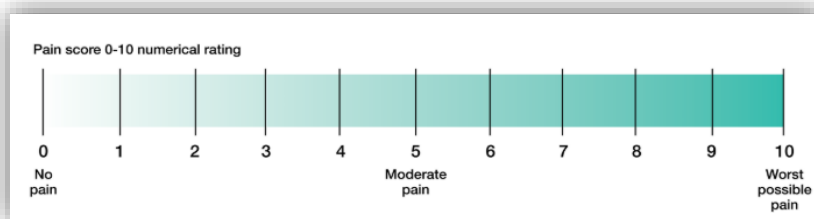
Om pijn op een effectieve manier te kunnen behandelen, is het noodzakelijk om deze goed te beoordelen:

- Maak een onderscheid tussen de verschillende soorten pijn. Er kunnen meerdere soorten pijn voorkomen bij dezelfde zorgvrager (Brown, 2015).
- Bevraag de aard van de pijn
- Breng in kaart waar de zorgvrager pijn heeft.
- Leg het basisniveau van de pijn vast.
- Beoordeel trends in het verloop van de pijn, wanneer heeft de zorgvrager meer of minder pijn? Dit geeft inzicht in wat uitlokkende factoren en pijn verlichtende factoren zijn.
- Bevraag voor, tijdens en na elke verbandwissel de pijn a.d.h.v. een gevalideerde schaal (Hughes, 2008).
- Observeer pijn systematisch bv. samen met het afnemen van vitale parameters en blijf pijn in kaart brengen totdat hij terug onder controle is (Hughes, 2008).
- Besteed aandacht aan non-verbale signalen van pijn zoals bijvoorbeeld grimassen, voorzichtig bewegen, (Brown, 2015).
- Voorkom “wind-up”: hoe langer je wacht met het behandelen van pijn hoe meer de pijn zal toenemen en hoe moeilijker het is om effectief te behandelen
- Evalueer of de pijn impact heeft op het functioneren en/of de slaap.
- Evalueer bij langdurige pijn de impact ervan op de kwaliteit van leven van de zorgvrager.

Gebruik een aangepaste pijnschaal om de pijnintensiteit in kaart te brengen. Hieronder geven we een overzicht van enkele pijnschalen. De keuze van de pijnschaal is afhankelijk van de leeftijd, voorkeur en het cognitief vermogen van de zorgvrager. We bespreken enkel unidimensionale pijnschalen die gebruikt worden voor het beoordelen van acute pijn. Multidimensionale pijnschalen zijn complexer en vereisen een uitgebreidere expertise van de zorgverlener. Hiervoor wordt de zorgvrager best verwezen naar een gespecialiseerd pijnteam.

1. **NRS: Numeric Rating Scale**

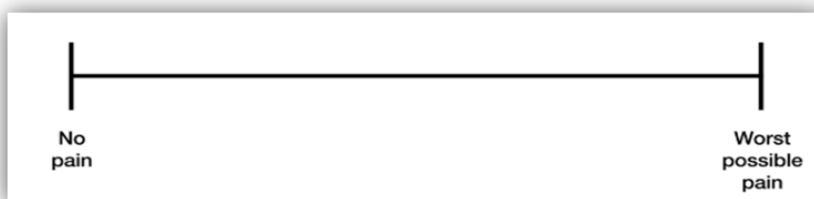
De NRS is een numerieke schaal waarbij mondeling een cijfer bevraagd wordt dat de pijnervaring van de zorgvrager weergeeft. Hierbij geeft de zorgvrager een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 geen pijn is, 1-3 lichte pijn, 4-6 matige pijn, 7-9 hevige pijn en 10 de meest denkbare pijn. De voorwaarde voor een correct gebruik is dat de zorgvrager cognitief en taalkundig in staat is deze schaal te gebruiken.



Figuur: NRS (Holloway et al., 2024)

2. VAS: Visual Analogue Scale

De VAS is een variant op de NRS en kan gebruikt worden voor zorgvragers die de Nederlandse taal niet machtig zijn. De VAS is een horizontale lijn van 10 cm met geen pijn aan het ene uiteinde en de ergst denkbare pijn aan het andere uiteinde. De zorgverlener vraagt de zorgvrager om aan te geven welke plaats op de lijn de intensiteit van de pijn weergeeft. Op de keerzijde van het latje kan de zorgverlener het cijfer aflezen dat overeenkomt met de pijnintensiteit die de zorgvrager aangeeft. De voorwaarde voor correct gebruik is dat de zorgvrager cognitief in staat is deze schaal te gebruiken.



Figuur: VAS (Holloway et al., 2024)

3. PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia

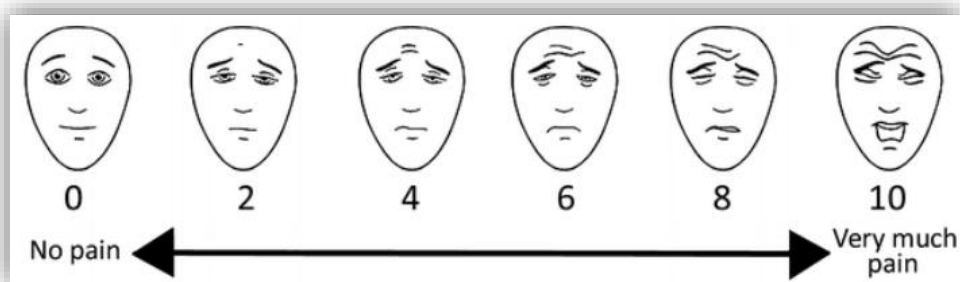
De PAINAD is een observatie instrument dat het gedrag van de zorgvrager in kaart brengt op het vlak van ademhaling, onrustgeluiden, gezichtsuitdrukkingen, lichaamstaal en troostbaarheid. Deze schaal wordt gebruikt bij zorgvragers met dementie en mensen die cognitief niet in staat zijn om hun pijn te beoordelen.

	0	1	2	Score
Ademhaling	Normaal.	Incidentele moeizame ademhaling. Korte periode van hyperventilatie.	Luidruchtige moeizame ademhaling. Lange periode van hyperventilatie. Cheyne-Stokes-ademhaling.	
Onrustgeluiden, (negatieve geluiden)	Geen.	Incidenteel kreunen of kermen. Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon.	Herhaaldelijk angstig uitroepen. Luid kreunen of kermen. Huilen.	
Gezichtsuitdrukking	Glimlachend, of nietszeggend (neutraal, ontspannen).	Droevig. Bang. Fronsen.	Grimas.	
Lichaamstaal	Ontspannen.	Gespannen. Overstuur op en neer stappen, ijsberen Zenuwachtig bewegen.	Verstard. Gebalde vuisten. Opgetrokken knieën. Wegtrekken of wegduwen. Uithalen.	
Troostbaarheid	Niet nodig om te troosten.	Afgeleid of gerustgesteld door stem of aanraking.	Onmogelijk te troosten, af te leiden of gerust te stellen.	
				Totaal

Figuur: PAINAD Dutch version (translation) by the University of Maastricht (Zwakhalen et al., 2004)

4. FPS-R: The Faces Pain Scale – Revised

De FACES Pain Scale pijnschaal wordt gebruikt bij kinderen. Het kind wordt gevraagd om het gezichtje aan te duiden dat weergeeft hoe de pijn aanvoelt.



Figuur: FPS-R (Hicks et al., 2001)

Unidimensionale schalen zijn vooral geschikt voor het opvolgen van de evolutie van pijn. Daarom is het belangrijk om bij eenzelfde zorgvrager altijd hetzelfde instrument te gebruiken (tenzij de cognitieve toestand verandert). Bij chronische pijn en voor een uitgebreidere beoordeling van pijn geven deze schalen een onvolledig beeld. Bij zorgvragers waarbij het vermoeden ontstaat dat er sprake is van chronische pijn dient gebruik gemaakt te worden van een gestandaardiseerde multidimensionale pijnschaal voor een accuratere beoordeling.



2.3. Identificeer de beïnvloedende factoren en beoordeel de wonden in functie van pijn

Naast de volledige anamnese en identificatie van een pijnprobleem bij een zorgvrager met een wonde, beoordelen we of er zorgvrager gebonden factoren of wond- gerelateerde factoren aanwezig zijn die negatief bijdragen aan de beleving van rustpijn en/of procedurale pijn. Deze factoren moeten gecorrigeerd worden om een adequate wondzorg met minimale pijnbeleving te bekomen.

1. Besteed voldoende aandacht aan de volgende **zorgvrager gebonden factoren** die pijn kunnen beïnvloeden:
 - Angst: Na een pijnlijke ervaring tijdens bijvoorbeeld een verbandwissel zal de zorgvrager angst ontwikkelen voor de volgende wondzorgprocedure. Deze angst heeft een negatieve invloed op hoe de zorgvrager omgaat met de pijnbeleving en zal de pijndrempel verlagen (Brown, 2015).
 - Psychosociale factoren: Welke opvattingen heeft de zorgvrager over pijnbeleving? Welke negatieve emoties worden opgeroepen door de aanwezigheid van pijn? Welke interventies helpen om pijn te verminderen en wat zijn uitlokkende factoren voor een verergering van pijn? De gevolgen van onvoldoende controle van pijn zijn onder andere depressie, moeilijkheden om zich te concentreren en een verstoorde nachtrust.
2. Beoordeel de **wondgerelateerde factoren** die extra pijn kunnen verklaren, aan de hand van TIME. Zijn er observaties of wondaspecten die de aanleiding zouden kunnen zijn voor de aanwezigheid van rustpijn of procedurele pijn.
 - Tissue: Is er hematoomvorming? Is er ontwikkeling van necrose en/of fibrine? Is er sprake van diepe en/of ondermijnde wonden die zenuwuiteinden prikkelen? Is er doorgroei van tumorweefsel in de gezonde weefsels bij een oncologisch ulcus?
 - Infection: Is er sprake van infectie en/of inflammatie ter hoogte van de wonde?
 - Moisture: Is het wondbed te droog of te nat? Een te droog wondbed kan bijkomend aanleiding geven tot indrogend of inklevend wondzorgmateriaal wat pijn zal veroorzaken tijdens het verwijderen.
 - Edges/wondomgeving: Is er sprake van huidirritatie door overmatig exsudaat, eczeem of oedeem?
3. Toelichting bij wondgerelateerde factoren die leiden tot een **verhoogde pijnsensatie** (Woo et al., 2008).
 - Inflammatie zorgt voor verstoring van de immuunrespons en leidt tot histamine vrijzetting waardoor pijnsensoren getriggerd worden en leidt tot perifere sensitisatie waardoor nociceptoren sneller worden geactiveerd (de drempelwaarde voor prikkels verlaagt)
 - Enkele voorbeelden:
 - o Inflammatie door verweking of maceratie van de wondranden door repetitieve blootstelling aan wondvocht, of bij incontinentie geassocieerde dermatitis door repetitieve blootstelling aan urine en/of stoelgang en frequente reiniging door zorgverleners of mantelzorgers.
 - o Bij een infectie is er een sterke aanwezigheid van inflammatie wat leidt tot een intense pijnsensatie.



- Ook bij een eczeem is er sterke inflammatie van de huid wat kan leiden tot een verhoogde pijnsensatie.
- Trauma leidt tot een onstekingsfase en een directe beschadiging en prikkeling van weefsels en zenuwen. We illustreren dit aan de hand van een voorbeeld:
 - Bij hematoomvorming zal na initieel trauma een inflammatoire reactie en zwelling optreden. Beide aspecten zorgen voor een pijn prikkel en indien de druk door het hematoom in die mate toeneemt, kan dat de perfusie compromitteren en leiden tot nog een derde pijn prikkel, namelijk ischemische pijn.
- Ischemie leidt tot de aantasting van bloedvaten, het afsterven van weefsel en prikkeling van de zenuwen. Daarnaast is ischemie vaak gerelateerd aan onderliggende aandoeningen zoals perifere vaatlijden of diabetes. Deze kunnen bijkomend leiden tot neuropathische pijn.
- Druk veroorzaakt directe en indirecte cel- en weefselvorming. Dit leidt tot irritatie van de zenuwuiteinden of zelfs afsterven van weefsel wat gerelateerd kan worden aan ischemische pijn.
- Oedeem (veneus, lymfatisch, chronisch hartfalen of laag albuminegehalte) leidt tot een verhoogde lokale interstitiële druk, wat dan weer leidt tot weefselbeschadiging, een verminderde uitwisseling van voedingsstoffen en een ophoping van afvalstoffen, allen processen die de pijnintensiteit negatief kunnen beïnvloeden.



3. Holistische benadering

De oorzaak van pijn bij een zorgvrager met een wonde, is vaak complex. Het is belangrijk om de zorgvrager te benaderen volgens het biopsychosociaal model (BPS-model), waar steeds rekening gehouden dient te worden met de fysiologische, psychologische en sociale factoren die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van leven van een individu. Effectieve pijnbehandeling omvat dus niet enkel medicamenteuze strategieën, maar ook voldoende aandacht voor de persoonlijke en sociale aspecten die een rol spelen in de pijnbeleving. Om die reden is een **biopsychosociale aanpak** van vitaal belang. Verwijs de zorgvrager door naar zorgverleners met meer expertise indien diagnosestelling niet mogelijk blijkt, er geen oorzaak voor het ontstaan van de wonde en of de pijn wordt gevonden, wanneer de pijn niet verbetert na ingrijpen, bij een verstoorde of vertraagde wondheling en om eventueel onderliggende (endogene) oorzaken te behandelen.

De **interdisciplinaire samenwerking** mag ruim worden geïnterpreteerd: Het betrekken van een referentieverpleegkundige pijn, pijnconsulent of verpleegkundig specialist pijn, een psycholoog, een diëtiste en andere zorgverleners die kunnen bijdragen in de aanpak van instandhoudende factoren. Deze multidisciplinaire aanpak maakt het mogelijk de zorgvrager zo gericht mogelijk door te verwijzen. Ter voorbereiding is het van belang de huidige of meest recente observaties zo correct en volledig mogelijk te documenteren en eventueel aan te vullen met fotomateriaal.

Wondzorgoptimalisatie en reductie van wondzorg gerelateerde pijn kan enkel slagen door een goede **betrokkenheid** van de zorgvrager, diens familie en mantelzorgers. Informeer de zorgvrager grondig over alle behandelingsopties. Inadequate informatie en misvattingen bij zorgvragers en zorgverleners over pijn kunnen een efficiënt beleid belemmeren. Zorgvragers moeten daarnaast aangemoedigd worden om een actieve rol op zich te nemen in de zorg. Dit kan door hen bijvoorbeeld inspraak te geven in wat de meest geschikte behandeling is, door hen ook zelf het effect van een behandeling te laten opvolgen en door hen aan te sporen om bezorgdheden te bespreken met zorgverleners. Gebruik het principe van '**Shared Care**' dat inhoudt dat de zorgvrager zelf actief deelneemt aan de wondzorg in de mate van het mogelijke. Tijdige, geschikte, holistische, meelevende en persoonsgerichte zorg en behandeling zijn de sleutel tot succesvol pijnmanagement.



4. Correctie van onderliggende factoren en doelgerichte behandeling van wondzorg gerelateerde pijn

4.1. Niet-farmacologische maatregelen

4.1.1. Informeer en betrek de zorgvrager

Wondgerelateerde pijn is multidimensionaal. Naast een lichamelijke component spelen ook psychosociale factoren zoals angst een belangrijke rol in de perceptie van pijn (Langbeen et al., 2020).

Praktische tips:

- Informeer de zorgvrager, toets af naar overtuigingen die de zorgvrager heeft over de pijnbeleving al dan niet gerelateerd aan de wonde. Neem de nodige tijd om informatie te geven of bij te sturen.
- Luister naar de eerdere ervaringen van de zorgvrager, dit geeft belangrijke informatie over wat anders moet/kan aangepakt worden (bv. pijnbeleving was zeer sterk omwille van inkleven van verband tijdens verwijderen? Volgende actie: maak het verband nat zodat het losweekt en zodanig dat de zorgvrager zijn eerdere negatieve ervaring kan omzetten in een positievere.)
- Overleg het wondbehandelingsplan met de zorgvrager en zorg dat de zorgvrager voldoende controle behoudt tijdens de behandeling. Laat indien mogelijk, de zorgvrager helpen bv. tijdens het verwijderen van het verband. Bespreek met de zorgvrager de mogelijkheid tot een time-out moment en respecteer dit tijdens de wondzorg.
- Als angst een significante rol speelt, overleg dan met de arts en eventueel een psycholoog om te bepalen of medicamenteuze en/of psychologische ondersteuning nodig is.
- Zorg voor een comfortabele houding van de zorgvrager.

4.1.2. Afleiding en relaxatie

Afleiding is een effectieve niet-farmacologische techniek om pijn en angst tijdens de wondzorg te verminderen (Czech et al., 2022; Ma et al., 2024). Door de aandacht van de zorgvrager te verleggen, wordt de focus op de pijnprikkel, het uitzicht van de wonde en de handelingen van de zorgverlener verminderd (He et al., 2022). Een persoon kan maar een beperkte hoeveelheid aandacht besteden aan verschillende prikkels tegelijkertijd. Visuele en auditieve prikkels kunnen een deel van die aandacht opeisen, waardoor er minder aandacht overblijft om pijnprikkels te verwerken (Langbeen et al., 2020).

Naast afleiding kunnen technieken zoals relaxatie en ademhalingsoefeningen helpen om spanning en angst tijdens de wondzorg te verminderen. Volgens McCaul en Malott (1984) bevordert traag en ritmisch ademen, met aandacht voor een langzame uitademing, ontspanning en een gevoel van controle.



Afleidingstechnieken

Er bestaan verschillende manieren om een zorgvrager af te leiden.

- Voer een gesprek met de zorgvrager.
- Zet muziek of beelden in als afleiding.

De combinatie van visuele en auditieve afleiding, zoals televisie, werkt beter dan enkel auditieve prikkels zoals muziek (Czech et al., 2022). De laatste jaren groeit in ziekenhuizen de interesse in virtual reality (VR) als methode om pijn te verlichten en angst te verminderen tijdens procedures zoals verbandwissels, revalidatie of kleine ingrepen (He et al., 2022; Lou et al., 2024).

Virtual reality als afleidingstechniek

Virtual Reality (VR) creëert via een speciale bril die zowel visuele als auditieve prikkels biedt, een virtuele omgeving waarin gebruikers zich volledig kunnen onderdompelen. Deze virtuele omgeving kan zowel speltoepassingen als ontspanningsprogramma's omvatten. De immersieve en interactieve virtuele omgeving helpt de aandacht weg te leiden van de pijnlijke prikkels (Lou et al., 2024). Het effect van VR wordt beïnvloed door verschillende factoren, zoals de mate van immersie en de voorbereiding door de zorgverlener (Czech et al., 2022).

Hieronder worden een aantal praktische tips bij het gebruik van virtual reality aangereikt:

1. Zorg voor een goede voorbereiding:

- o VR is niet pijnstillend. Geef dus voldoende en voldoende tijdig basispijnmedicatie.
- o Peil naar de bereidheid van de zorgvrager om VR te gebruiken.
- o Voorzie voldoende tijd voor de VR-sessie.
- o Laat de zorgvrager kennismaken met de VR-bril en de werking ervan.
- o Kies een VR-omgeving (bv. interactief spel, relaxatie, natuurwandeling) op basis van de doelgroep en de voorkeur van de zorgvrager.
- o Geef duidelijke informatie over wat de zorgvrager kan verwachten.
- o Maak afspraken over wat te doen bij pijn, angst of duizeligheid.
- o Vermijd het gebruik bij zorgvragers die snel wagenziek zijn of lijden aan epilepsie.

2. Zorg voor voldoende immersie:

- o Start de wondzorg pas wanneer de zorgvrager volledig is ondergedompeld in de virtuele omgeving.
- o Beperk omgevingsgeluiden en andere storende factoren (bv. wondzorgmateriaal vooraf openen, een 'niet storen'-kaartje aan de deur hangen, telefoon op stil zetten).

Keuze op maat van de zorgvrager

De keuze voor een afleidingstechniek hangt af van de doelgroep, de voorkeur van de zorgvrager, de beschikbaarheid van middelen en de expertise van de zorgverlener (Ma et al., 2024). VR is een veelbelovende techniek om pijn en angst bij wondzorg te verminderen, maar is niet altijd praktisch inzetbaar of bij iedere zorgvrager toepasbaar. Alternatieven



zoals muziek en televisie bieden minder afleiding en immersie, maar zijn goedkoper, eenvoudiger toe te passen en nemen minder tijd in beslag.

4.1.3. Gebruik het correcte verbandmateriaal en pas de wondzorg aan

Dit hoofdstuk bespreekt een aantal relatief eenvoudige maatregelen die toegepast kunnen worden zodanig dat wondgerelateerde pijn op een niet-farmacologische wijze gereduceerd of vermeden kan worden. Er wordt bewust niet dieper ingegaan op systemische of topicale analgetische producten of verbanden. Deze worden besproken in hoofdstuk 4.2. Alle niet-farmacologische maatregelen en tips die in dit hoofdstuk besproken worden, kunnen desgewenst gecombineerd worden met farmacologische maatregelen en vice versa.

Vermits de aanwezige weefselschade vaak reeds leidt tot pijn, moet er getracht worden zo weinig mogelijk extra pijnprikkels te veroorzaken. Dit kan door te focussen op aspecten die impact hebben op het wondbed maar ook de wondomgeving (Da Costa Ferreira et al., 2023; Woo et al., 2008).

- **Reinig zacht maar grondig:**
 - o Reiniging: Vermijd reiniging met te koude vloeistoffen. Spoel de wonden grondig uit. Gebruik voldoende vloeistof in combinatie met zachte materialen zoals non-woven kompressen of werk voor een grondige reiniging met een microvezel reinigende pad. Gebruik eventueel producten met toevoegingen zoals polyhexanide (polyhexamethylene biguanide of PHMB) om grondig te reinigen. Gebruik eventueel antibacteriële zepen maar spoel de wonden nadien grondig na.
 - o Debrideren: Bij uitgebreide necrose/fibrine is een scherp debridement soms noodzakelijk om tot verdere wondheling te komen. Bespreek interdisciplinair of dit mogelijk en gewenst is. Indien bedside scherp debridement aangewezen is, zorg dan dat medicamenteuze pijnstilling correct en tijdig toegediend wordt. Werk zo snel als mogelijk zodat het debridement zo kort mogelijk gehouden wordt. Evalueer of autolytisch, niet-traumatisch debridement op basis van een vochtige wondheling haalbaar is zonder scherp debridement. .
- **Verminder de inflammatie:**
 - o Reduceer bij inflammatie door infectie de bacteriële lading door antiseptica en anti- bacteriële zalven/ actieve verbanden te gebruiken.
 - o Bij uitbreidende infecties kan het gericht inzetten van antibiotica bijkomend nodig zijn.
 - o Bij verweking/maceratie van wondranden: bescherm de wondranden tegen vocht, tracht de oorzaak van de hogere vochtproductie weg te nemen en zorg voor correct absorberende verbanden
 - o Bij dermatitis of eczeem: start in overleg met een klinisch expert topicale (en/of systemische) corticosteroiden op om de inflammatie terug te dringen.
- **Voorkom bijkomend trauma:**
 - o Een optimaal behandelplan wordt best interdisciplinair opgesteld, rekening houdend met de voorkeuren en mogelijkheden van de zorgvrager. Bij de



behandeling van de wonde zelf ligt de focus op aanpak van (verhoogd risico op) infectie en het verkrijgen van een zuiver wondbed door reiniging en debridement. Wees hierbij echter alert voor volgende aandachtspunten om bijkomende schade aan het weefsel te vermijden:

- Infectiepreventie bij een intacte droge necrose: wees aandachtig bij debrideren van necrose dat er geen ernstig onderliggend arterieel vaatlijden aanwezig is. In deze situatie kan het aangewezen zijn om de necrose droog te houden en niet te verwijderen.
 - Respecteer het werkingsmechanisme en de contacttijden wanneer je werkt met antimicrobiële middelen en/of antiseptica om infectie lokaal te behandelen.
 - Een optimaal autolytisch debridement is enkel mogelijk bij een vochtig wondmilieu. Pas je behandeling dus aan indien het wondbed te droog of te nat zou zijn.
 - Vermijd inkleving door gebruik te maken van atraumatische verbanden (bv. Silicone schuimverband), vetverbanden of door een interface verband (bv. Silicone contactlaag) te gebruiken.
 - Vermijd onnodige verbandwissels door de draagtijd van het verband te respecteren. Zo kunnen bijvoorbeeld schuimverbanden of hydrovezelverbanden meerdere dagen ter plaatse blijven. Onnodige verbandwissels kunnen de wondheling vertragen en leiden tot extra pijn.
 - Baseer je voor de keuze van het actieve en bedekkend verband op de principes van vochtige wondheling, vermijd hierbij een te droog of een te nat wondbed.
 - Vermijd inkleven van verbanden.
 - Vermijd beschadiging van de wondranden en bescherm zo nodig.
 - Vermijd schuifkrachten of frictie ter hoogte van het wondbed door een correcte fixatie van het verband op maat van de zorgvrager en de wonde.
 - Vermijd overmatige druk ter hoogte van de wonde. Het gebruik van drukspreidende preventieve materialen zoals bv. een antidecubitus matras kan helpen om de druk weg te verminderen. Ook het gebruik van vilt rondom de wonde en het vermijden van onnodig veel verbandlagen kan een gunstig effect hebben op de druksensatie.
- **Oedeem:**
- Ga steeds de oorzaak van het oedeem na en pas compressie- en/ of bewegingstherapie op voorschrift toe om de wondheling te bevorderen. Wees alert dat pijn bij oedeem verschillende oorzaken kan hebben, waaronder ook arteriële stuwing door onaangepaste toepassing van compressietherapie.
 - Oedeem ten gevolge van chronische hartfalen of een verlaagd albumine gehalte dient systemisch behandeld te worden en compressietherapie mag enkel zeer omzichtig en in overleg met de behandelende arts worden aangelegd.



4.2. Farmacologische maatregelen

4.2.1. Systemische pijnmedicatie

Het instellen van een wondbehandelingsplan omvat vaak ook de inname van systemische pijnmedicatie. Daarom reiken we enkele handvaten aan om meer bewustwording te creëren rond het nut en de wijze van toediening van systemische pijnmedicatie bij een zorgvrager met een wondprobleem. Het is echter belangrijk om in acht te nemen dat elk gebruik van medicatie potentiële risico's met zich meebrengt. Daarom is het noodzakelijk om de toediening van pijnstilling bij elke zorgvrager individueel te beoordelen, steeds in overleg met de betrokken zorgverleners.

Overzicht van systemische pijnmedicatie volgens de WHO-trapladder

Trap 1: vrij verkrijgbare pijnmedicatie: paracetamol, niet-steroïdale anti-inflammatoire derivaten (NSAID)

Paracetamol en NSAID werken in op het perifere zenuwstelsel en behoren tot de niet-opioïden. Beiden hebben een pijnstillend en koortswerend effect waarbij NSAID's ook nog een bijkomend ontstekingsremmend effect genereren. NSAID's en paracetamol worden gekenmerkt door een plafondeffect, waardoor het geen zin heeft en zelfs schadelijk kan zijn om de maximale dosis te overschrijden.

- Paracetamol leidt tot weinig bijwerkingen maar is wel toxisch voor de lever bij overdosering, wat zelfs kan leiden tot irreversibele leverschade. Omwille van de levertoxiciteit mag er maximaal 4g/dag toegediend worden en bij chronisch gebruik wordt er best gereduceerd naar maximaal 3g/dag.
- Ibuprofen is een cyclo-oxygenase remmer waardoor bij langdurig gebruik gastro-intestinale, cardiovasculaire en renale problemen kunnen ontstaan. Daarom dient zelfs een lage dosis zo kort mogelijk te worden gebruikt. Bij opstart wordt meestal een dagelijkse dosis van 3x400mg aanbevolen indien het gewicht van de zorgvrager hoger is dan 50kg. De dagelijkse dosis mag nooit 2400mg overschrijden en vermijd in het algemeen het gebruik van NSAID's bij ouderen.

Trap 2: pijnmedicatie op voorschrift: zwakke opioïden (samengestelde analgetica met codeïne, tramadol)

Zwakke opioïden werken in op het centrale zenuwstelsel. Tramadol en samengestelde analgetica met codeïne hebben ook een plafondeffect waardoor het overschrijden van de maximale dosis geen meerwaarde biedt.

De maximale dosis van tramadol bedraagt 400mg/dag. Er treden frequent bijwerkingen op zoals misselijkheid, braken, verwardheid en slaperigheid.

Trap 2 medicatie wordt best altijd gecombineerd met trap 1 medicatie.

Trap 3: pijnmedicatie op voorschrift: sterke opioïden

Opioïden werken in op het centrale zenuwstelsel en hebben geen plafondeffect. Pijnstilling is hierdoor mogelijk bij hevige acute pijn, maar ook bij langdurige achtergrondpijn. Er bestaan hiervoor langwerkende, "slow-release" preparaten maar ook kortwerkende "immediate-release" preparaten. Opioïden kunnen gecombineerd worden met paracetamol of NSAID's. Zwakke opioïden worden bij voorkeur niet gecombineerd met sterke opioïden, aangezien beide groepen inwerken op de opioïdreceptoren. Ernstige



nevenwerkingen kunnen optreden op korte termijn, zoals nausea, sedatie en obstipatie, maar ook op lange termijn zoals slaapproblemen, gewenning, verslaving en verminderde immuunreactie. Daarenboven kunnen ook nog minder frequente bijwerkingen optreden zoals droge mond, jeuk, zweten en urinaire retentie.

Pijnbehandeling op basis van opioïden dient daarom steeds omzichtig en in nauw overleg met het behandelingssteam van de zorgvrager te worden opgestart. Hierbij dient nauwkeurig te worden bepaald in welke mate de pijnstilling in balans is met de bijhorende bijwerkingen en dient er voldoende aandacht te zijn voor een tijdige afbouw en stopzetting, ook indien gemerkt wordt dat de medicatie niet het gewenste effect heeft.

4.2.2. Medicamenteuze aanpak: nociceptieve pijn

Voor de medicamenteuze aanpak van nociceptieve pijn dienen een aantal basisprincipes te worden gevolgd:

- Individualiseer steeds het pijnbeleid
- Verkies het gebruik van orale pijnmedicatie
- Maak gebruik van de WHO-trapladder waarbij een trap 1 pijnbehandeling steeds als basis pijnbehandeling wordt opgestart, eventueel in combinatie met opioïden van trap 2 of trap 3. Combineer nooit zwakwerkende en sterkwerkende opioïden van trap 2 en trap 3 vermits zij inwerken op dezelfde pijnreceptoren en daardoor geen cumulatief pijnstillend effect kunnen bereiken.
- Hou er rekening mee dat het minstens 1u duurt na inname vooraleer paracetamol of NSAID's een optimaal pijnstillend effect bereiken (Paschou et al., 2018). Bij trap 2 en trap 3 medicatie wordt het pijnstillend effect mogelijks iets sneller bereikt, voornamelijk indien de medicatie subcutaan, intraveneus of via orodispenseerbare tabletten wordt toegediend.
- Hou rekening met het tijds kader waarin de pijnmedicatie werkzaam is

Voor een goede pijncontrole tijdens de wondzorg is het nodig om het werkingskader van de systemische pijnmedicatie te respecteren. Ook de zorgvrager dient hiervan op de hoogte te zijn zodat hij zijn medicatie op correcte wijze kan innemen. Betrokkenheid, educatie en motivatie van de zorgvrager zijn essentieel voor een optimaal pijnmanagement.

4.2.3. Medicamenteuze aanpak: neuropathische pijn

Neuropathische pijn reageert niet goed op klassieke pijnstillers, richtlijnen bevelen daarom atypische pijn medicatie aan als eerstelijns behandeling. Hiervoor kunnen antidepressiva (bv. amitriptyline, duloxetine) of anti-epileptica (bv. gabapentine, pregabalin) gebruikt worden. Omdat dit soort medicatie in lage dosis wordt opgestart en traag wordt opgebouwd, heeft ze niet onmiddellijk een pijnstillend effect. De pijnstillende werking kan pas optreden na 2 tot 3 weken toediening.

Net zoals bij opioïde medicatie kunnen er veel bijwerkingen optreden zoals gewichtstoename, misselijkheid, duizeligheid, verwardheid, concentratiestoornissen, erectiestoornissen, etc. Het is daarom erg belangrijk om de zorgvrager goed in te lichten vooraleer dit type pijnmedicatie op te starten.



4.2.4. Lokale pijnbestrijding

Onderdeel van een multimodale aanpak

Lokale pijnmedicatie kan een onderdeel vormen van een multimodale aanpak bij pijn bij een zorgvrager met een wondprobleem. Het kan een waardevolle aanvulling zijn op systemische pijnmedicatie wanneer deze onvoldoende pijnverlichting brengt of aanleiding geeft tot belangrijke systemische nevenwerkingen (Purcell et al., 2020). Lokale middelen werken relatief snel, zijn over het algemeen veilig in gebruik en hebben slechts een lage kans op systemische absorptie of nevenwerkingen.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee soorten lokale pijnmedicatie:

- **Lokale anesthetica** (verdoovingsmiddelen): Deze middelen blokkeren tijdelijk de zenuwgeleiding waardoor pijnsignalen niet meer naar de hersenen worden gestuurd. Dit resulteert in een tijdelijke gevoelloosheid van het behandelde gebied. Lokale verdoovingsmiddelen zijn vooral geschikt voor de behandeling van procedurele pijn. Een voorbeeld is een lidocaïne/prilocaine crème (EMLA® 5%).
- **Lokale analgetica** (pijnstillers): Deze middelen blokkeren de zenuwgeleiding niet maar verminderen de werking van de lokale pijnreceptoren. Hierdoor worden pijnprikkels afgezwakt zonder dat het gevoel in het behandelde gebied volledig verdwijnt. Lokale pijnstillers zijn vooral geschikt voor langdurige pijnverlichting bij een chronisch ulcus. Een voorbeeld hiervan is een schuimverband met Ibuprofen (Biatain® Ibu).

De keuze voor een specifiek product dient zorgvuldig te worden afgestemd op het type wonde, de soort en de ernst van de pijn en de specifieke behoeften van de zorgvrager.

Toepassing

Lokale pijnmedicatie is geschikt als aanvullende behandeling om procedurele pijn (gerelateerd aan een pijnlijke verbandwissel, grondige reiniging of debridement) te verminderen. Onderzoek heeft aangetoond dat een lidocaïne/prilocaine crème succesvol is in het verlichten van pijn tijdens het debridement van moeilijk helende beenulcera. Bovendien ondersteunen verschillende studies (Purcell et al., 2020; French et al., 2023) het gebruik van een schuimverband met ibuprofen voor het verlichten van pijn bij de behandeling van moeilijk helende ulcera.

Hieronder volgt een overzicht van de kenmerken van de onderzochte producten EMLA® 5% en Biatain® Ibu.

Groep	Werkzame stof	Merknaam	Toepassing
Lokale anesthetica	Lidocaïne (25mg/g) en prilocaine (25mg/g)	EMLA® 5%	<ul style="list-style-type: none">• Lokale applicatie op de wondbodem.• Gebruik 1 à 2 gram crème voor een oppervlakte van 10 cm² (een streep van 3.5 cm uit de tube komt overeen met 1 gram). Dek de crème af met



			een luchtdicht verband, bv. polyurethaan folie. <ul style="list-style-type: none"> • Inwerkingstijd: 30 à 60 minuten. • Werkingsduur: tot 4 uur
Lokale analgetica	Ibuprofen (0,5 mg/cm ²)	Biatain® Ibu	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale applicatie op de wondbodem. • Continue afgifte van ibuprofen als het schuim in aanraking komt met exsudaat. • Verwissel het verband bij verzadiging of na maximaal 7 dagen.

Beide producten kunnen milde lokale bijwerkingen veroorzaken (zoals branderigheid, jeuk en irritatie) ter hoogte van de aangebrachte zone, maar systemische bijwerkingen komen zelden voor (Purcell et al., 2020) door de minimale absorptie doorheen de huid. Voor een volledig overzicht van de mogelijke bijwerkingen, contra-indicaties en andere belangrijke informatie, wordt het aanbevolen om de bijsluiters van deze middelen zorgvuldig door te nemen (AllweCare, n.d.; FAGG, n.d.).

Off-label gebruik van lokale anesthetica

In verschillende Vlaamse ziekenhuizen worden ook off-label producten gebruikt voor de behandeling van procedurele pijn zoals Linisol® en Xylocaïne® spray 10%. Off-label gebruik betekent dat een geneesmiddel wordt toegepast voor een indicatie, dosering, toedieningswijze of bij een zorgvrager waarvoor het niet officieel is goedgekeurd door de geneesmiddelenautoriteiten (BCFI, n.d.). Zo is Linisol® bedoeld voor gebruik via injectie, maar wordt het in de praktijk vaak geïnfiltreerd in verbanden voor negatieve druktherapie, voorafgaand aan een verbandwissel. Hoewel er weinig studies zijn die dit off-label gebruik ondersteunen (Christensen et al., 2013; Cuomo et al., 2015), blijkt uit praktijkervaring dat het door zorgvragers als bijzonder waardevol wordt ervaren. Het helpt de pijn te verlichten en maakt verbandwissels veel draaglijker voor de zorgvrager.

Hieronder volgt een overzicht van de kenmerken van Linisol® en Xylocaïne® spray 10% (FAGG, n.d.). Hoewel er in de praktijk ook andere middelen off-label worden gebruikt, worden deze in deze richtlijn niet verder uitgewerkt.

Groep	Werkzame stof	Merknaam	Toepassing
Lokale anesthetica	Lidocaïne (10 à 20 mg/ml)	Linisol® 1 à 2%	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale applicatie op de wondbodem (met behulp van een bevochtigd kompres) of infiltratie in een verband voor negatieve druktherapie • Inwerkingstijd: 10 minuten • Werkingsduur: 2 tot 3 uur. • De maximale aanbevolen dosis is 4,5 mg/kg lichaamsgewicht, wat voor een volwassene van 70 kg neerkomt op ongeveer 300 mg. Dit stemt overeen met 30 ml Linisol® 1% of 15 ml Linisol® 2%.



Lokale anesthetica	Lidocaïne (10 mg/dosis)	Xylocaïne® spray 10%	<ul style="list-style-type: none">• Lokale verstuiving op de wondbodem• Inwerkingstijd: 1 tot 3 minuten• Werkingsduur: 10 tot 15 minuten• Iedere verstuiving bevat 10 mg lidocaïne. De aanbevolen dosis is 1 spray per 3cm² met een maximum van 30 sprays voor een volwassene van 70 kg (4,5 mg/kg).
--------------------	-------------------------	----------------------	--

Raadpleeg altijd de bijsluiter voor gedetailleerde informatie over gebruik, contra-indicaties en mogelijke bijwerkingen. Wees onder andere voorzichtig met het gelijktijdig gebruik van lidocaïne en klasse III anti-aritmica, zoals Amiodarone® en Cordarone®, vanwege het verhoogde risico op hartritmestoornissen door de gecombineerde effecten op de hartgeleiding.

Het off-label gebruik van lokale anesthetica kan extra risico's met zich meebrengen zoals ongewenste bijwerkingen. Om deze risico's te beperken, dient het gebruik van dergelijke producten altijd in overleg en op voorschrift van de behandelende arts plaats te vinden. Daarnaast dient het gebruik goed afgestemd te worden met het multidisciplinair algologisch team en verankerd te zijn in een lokale procedure binnen de instelling. Hoewel we in de praktijk heel wat voordelen zien, is de wetenschappelijke literatuur hierover beperkt en van lage methodologische kwaliteit (Purcell et al., 2020). Er is dan ook een duidelijke behoefte aan verder onderzoek naar de effectiviteit, toepassing en veiligheid van het huidige off-label gebruik van deze producten. Om lokale pijnmedicatie effectief en veilig te integreren in de klinische praktijk bij wondverzorging, is het essentieel om een helder en eenduidig kader te ontwikkelen. Hierbij is de betrokkenheid van zowel pijnexperten als wondzorgspecialisten van groot belang.



5. Conclusie

Pijnmanagement bij zorgvragers met acute en moeilijk helende wonden vereist een doordachte, holistische en multidisciplinaire benadering. Omdat pijn een grote invloed heeft op de levenskwaliteit, is een systematische pijnbeoordeling cruciaal om passende interventies te kunnen inzetten. Door specifieke pijncategorieën en beïnvloedende factoren te identificeren, kan effectieve pijnverlichting worden bereikt via een combinatie van farmacologische en niet-farmacologische interventies.

Niet-farmacologische methoden, zoals afleiding, ontspanningstechnieken en correcte wondzorg, spelen een belangrijke rol bij het verminderen van pijn en angst. Farmacologische interventies moeten nauwkeurig worden afgestemd op de ernst en aard van de pijn, waarbij zowel systemische als lokale pijnstilling waardevolle bijdragen kunnen leveren. Een geïntegreerde aanpak, waarin de zorgvrager actief wordt betrokken, bevordert zowel de wondgenezing als de pijnbeleving.

Interdisciplinaire samenwerking is essentieel om zowel de fysiologische als psychosociale aspecten van pijn aan te pakken. Het betrekken van de zorgvrager en diens omgeving bij het pijnbeleid bevordert therapietrouw en verhoogt de effectiviteit van de behandeling.

Dit consensusdocument biedt een praktisch en gestructureerd kader voor pijnbeoordeling en -behandeling binnen de wondzorg. De implementatie ervan in de klinische praktijk draagt bij aan optimale zorg voor deze kwetsbare groep, met als doel betere pijncontrole en een verbeterde levenskwaliteit.



Referenties

- Admassie, B. M., Ferede, Y. A., Tegegne, B. A., Lema, G. F., & Admass, B. A. (2022). Wound-related procedural pain management in a resource-limited setting: Systematic review. *International Journal of Surgery Open*, 47, 100549. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2022.100549>
- AllweCare. (n.d.). *Bijsluiter Biatain Ibu*. <https://www.wondbedekkers.nl/allwecare/biatain-ibu.pdf>
- BCFI. (n.d.). *Lokaal anesthetica in de wondzorg*. Belgische Centrum voor Farmaceutische Informatie. <https://www.bcfi.be/nl/articles/3721?folia=3719>
- Brown, A. (2015). Wound management 3: The assessment and treatment of wound pain. *Nursing Times*, 111(47), 15–17.
- Christensen, T. J., Thorum, T., & Kubiak, E. N. (2013). Lidocaine analgesia for removal of wound vacuum-assisted closure dressings: A randomized double-blinded placebo-controlled trial. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 27(2), 107–112. <https://doi.org/10.1097/BOT.0b013e318251219c>
- Cuomo, R., D'Aniello, C., Grimaldi, L., Nisi, G., Botteri, G., Zerini, I., & Brandi, C. (2015). EMLA and lidocaine spray: A comparison for surgical debridement in venous leg ulcers. *Advances in Wound Care*, 4(6), 358–361. <https://doi.org/10.1089/wound.2014.0605>
- Czech, O., Wrzeciono, A., Batalík, L., Szczepańska-Gieracha, J., Malicka, I., & Rutkowski, S. (2022). Virtual reality intervention as a support method during wound care and rehabilitation after burns: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 68, 102837. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102837>
- Da Costa Ferreira, S., Serna Gonzalez, C., Thum, M., Da Costa Faresin, A., Woo, K., & De Gouveia Santos, V. (2023). Topical therapy for pain management in malignant fungating wounds: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13–14), 3015–3029. <https://doi.org/10.1111/jocn.16608>
- FAGG. (n.d.). *Bijsluiters EMLA 5%, Linisol 1%, Linisol 2% en Xylocaine spray 10%*. <https://bijsluiters.fagg-afmps.be/menselijk-gebruik>
- French, C., Finn, D., Velligna, A., Ivory, J., Healy, C., Butler, K., Sezgin, D., Carr, P., Probst, S., McLoughlin, A., Arshad, S., McIntosh, C., & Gethin, G. (2023). Systematic review of topical interventions for the management of pain in chronic wounds. *Pain Reports*, 8(5), e1073. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001073>
- Frescos, N. (2018). Assessment of pain in chronic wounds: A survey of Australian health care practitioners. *International Wound Journal*, 15(6), 943–949. <https://doi.org/10.1111/iwj.12951>
- Gardner, S. E., Abbott, L. I., Fiala, C. A., & Rakel, B. A. (2017). Factors associated with high pain intensity during wound care procedures: A model. *Wound Repair and Regeneration*, 25(4), 558–563. <https://doi.org/10.1111/wrr.12553>
- He, Z. H., Yang, H. M., Dela Rosa, R. D., & De Ala, M. B. (2022). The effects of virtual reality technology on reducing pain in wound care: A meta-analysis and systematic review. *International Wound Journal*, 19(7), 1810–1820. <https://doi.org/10.1111/iwj.13785>
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P., van Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93(2), 173–183. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00314-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00314-1)



- Holloway, S., Ahmajärvi, K., Frescos, N., Jenkins, S., Oropallo, A., Slezáková, S., & Pokorná, A. (2024). Holistic management of wound-related pain. *Journal of Wound Management*, 25(1 Suppl), S1–S84. <https://doi.org/10.35279/jowm2024.25.01.sup01>
- Hughes, R. G. (Ed.). (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2673/> (PubMed PMID: 21328752).
- International Association for the Study of Pain (IASP). (n.d.). *Chronic pain*. <https://www.iasp-pain.org/resources/topics/chronic-pain/>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (n.d.). *IASP terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Langbeen, J., Léonard, E., & Van Rossom, I. (2020). *Het gebruik van de Virtual Reality-bril bij volwassenen tijdens wondverzorging: Een scoping review en een case series* (Masterproef, KU Leuven). KU Leuven.
- Lou, J., Li, J., Fan, Y., Zhang, C., & Huang, N. (2024). Effects of virtual reality on analgesia in wound care and physical therapy for burn patients: A systematic review and meta-analysis. *Pain Management Nursing*, 25(4), 377–388. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.03.002>
- Ma, Y., Li, Y., Wang, C., Zhang, Y., Wang, L., Hu, R., Yin, Y., & He, F. (2024). Effects of non-pharmacological interventions on pain in wound patients during dressing change: A systematic review. *Nursing Open*, 11(2), e2107. <https://doi.org/10.1002/nop2.2107>
- McCaul, K., & Malott, J. (1984). Distraction and coping with pain. *Psychological Bulletin*, 95(3), 516–533. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.516>
- Orr, P. M., Shank, B. C., & Black, A. C. (2017). The role of pain classification systems in pain management. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(4), 407–418. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.002>
- Paschou, S. A., Stamou, M., Vuagnat, H., Tentolouris, N., & Jude, E. (2018). Pain management of chronic wounds: Diabetic ulcers and beyond. *Maturitas*, 117, 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.08.013>
- Purcell, A., Buckley, T., King, J., Moyle, W., & Marshall, A. P. (2020). Topical analgesic and local anesthetic agents for pain associated with chronic leg ulcers: A systematic review. *Advances in Skin & Wound Care*, 33(5), 240–251. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000658572.14692.fb>
- Raffaelli, W., Tenti, M., Corrado, A., Malafoglia, V., Ilari, S., Balzani, E., & Bonci, A. (2021). Chronic pain: What does it mean? A review on the use of the term chronic pain in clinical practice. *Journal of Pain Research*, 14, 827–835. <https://doi.org/10.2147/JPR.S303186>
- Woo, K. Y., Harding, K., Price, P., & Sibbald, G. (2008). Minimising wound-related pain at dressing change: Evidence-informed practice. *International Wound Journal*, 5(2), 144–157. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2008.00486.x>
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2004). *Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document*. London: MEP Ltd, 2004.
- Zwakhlen, S. M. G., Van Dongen, K. A. J., Hamers, J. P. H., & Abu-Saad, H. H. (2004). Pain assessment in intellectually disabled people: Non-verbal indicators. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 268–276. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02884.x>

