

Mei 2011



PIJN IN HET
VERPLEEGHUIS

EEN ONDERZOEK NAAR EEN GESCHIKT
PIJNMEETINSTRUMENT VOOR BEWONERS MET
EEN COMMUNICATIEVE EN/OF COGNITIEVE
BEPERKING.



Accolade Zorggroep/ Christelijke Hogeschool Ede | Edi Calisto do
Nascimento, Bregje Schermerhorn, Berny Verwoerd-Burger

Titel: Pijn in het verpleeghuis.

Ondertitel: Een onderzoek naar een geschikt pijnmeetinstrument voor bewoners met een communicatieve en/of cognitieve beperking.

Afstudeerproject van de opleiding HBOV

Ede, 24 mei 2011.

Auteurs:

Edi Calisto do Nascimento

Bregje Schermerhorn

Berny Verwoerd- Burger

Opleiding:

HBO-Verpleegkunde, Christelijke Hogeschool Ede

Opdrachtgever:

Accolade Zorggroep, Bosch en Duin

Begeleiders namens de opdrachtgever:

Bertine de Beir, Ine van den Akker

Begeleider namens de CHE:

Jelle Woudsma



Accolade Zorggroep

Inhoud

Voorwoord	3
1. Inleiding	4
1.1 Aanleiding.....	4
1.2 Achtergrond.....	5
2. Probleemomschrijving	7
2.1 Doelstelling.....	7
2.2 Vraagstelling	7
2.3 Deelvragen.....	7
3. Methode	7
4. Literatuurstudie	9
4.1 Deelvraag 1.....	9
4.2 Deelvraag 2.....	11
4.3 Deelvraag 3.....	14
4.4 Deelvraag 4.....	16
5. Resultaten.....	22
5.1 Literatuurstudie.....	22
5.2 Enquête	22
6. Conclusies	28
7. Aanbevelingen	31
8. Discussie	34
Literatuur.....	36
Bijlagen:	41
Bijlage 1: Resultaten enquête	41
Bijlage 2. REPOS met beslisboom	58
Bijlage 3. Lijst pijngedragingen bij ouderen met cognitieve beperking volgens AGS	59

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van de meesterproef van drie studenten van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE). De meesterproef is een afsluiting van de opleiding HBO-verpleegkunde.

Deze meesterproef is een onderzoek naar pijn in het verpleeghuis; de Accolade zorggroep heeft ons gevraagd een start te maken met een pijnprotocol voor de bewoners met cognitieve en/of communicatieve stoornissen. Omdat het onderwerp ons alle drie erg aansprak, zijn we er met goede moed aan begonnen. Door het vertrouwen dat we van de instelling hebben gekregen en onze goede samenwerking hebben we met veel plezier gewerkt aan de opdracht en zijn we trots op en tevreden met het resultaat.

1. Inleiding

Het onderzoek bevat zowel een literatuurstudie als een enquête. In de literatuurstudie geven we antwoord op de vragen wie de patiënten met communicatieve en/of cognitieve beperkingen zijn, wat bekend is over de pijnbeleving bij deze patiënten, wat de waarde van een meetinstrument is en welke pijnmeetinstrumenten geschikt zijn. Door een vragenlijst hebben we de kennis van verzorgenden en verpleegkundigen van de Wijngaard getoetst om inzicht te krijgen welke kennis ontbreekt over pijn en pijnmeetinstrumenten. Met deze informatie hebben we een aanbeveling richting de Accolade zorggroep kunnen maken zodat zij kunnen gaan starten met het ontwikkelen van een pijnprotocol.

In hoofdstuk één staan de aanleiding en achtergrond van het probleem beschreven, hoofdstuk twee bevat de probleemomschrijving, hoofdstuk drie is een uitleg van de methode van dit onderzoek en hoofdstuk vier bevat de literatuurstudie. Daarna volgen achtereenvolgens de resultaten in hoofdstuk vijf, conclusies in hoofdstuk zes en uiteindelijk aanbevelingen richting de Accolade zorggroep in hoofdstuk zeven.

1.1 Aanleiding

De Accolade zorggroep is een gereformeerde zorginstelling bestaande uit verpleeg- en verzorgingshuizen de Arendshorst in Assen en d'Amandelboom in Bilthoven, verpleeghuis de Wijngaard en voorzieningencentrum de Kuip in Bosch en Duin. In de Wijngaard wonen onder andere zorgvragers met psychogeriatrische problematiek, op de Kuip wonen zorgvragers met niet aangeboren hersenletsel (NAH). Veel van deze zorgvragers hebben uitingsproblemen in de vorm van communicatie- en/of cognitieve problemen, waardoor ze niet goed kunnen aangeven wanneer ze pijn hebben. Ook wordt de pijn bij deze zorgvragers mogelijk niet herkend door verzorgend personeel. Terwijl uit onderzoek is gebleken dat pijnprevalentie bij zorgvragers met dementie in Nederlandse verpleeghuizen hoog is (Zwakhalen 2009).

De Accolade zorggroep heeft nog geen pijnprotocol beschikbaar en daarom is medio 2010 een multidisciplinaire projectgroep gestart in opdracht van het hoofd behandeldienst. Het doel van de projectgroep is het volgende:

- In juni 2011 wordt op verschillende woongroepen gestart met een pijnmeting bij cognitief beperkte ouderen.
- In december 2011 is een pijnprotocol klaar voor verdere implementatie.

De opdracht voor de studenten is om voor de Wijngaard en de Kuip een aanbeveling te maken, zo dat de projectgroep verder kan gaan met het implementeren van een pijnprotocol. Aan de studenten is gevraagd een aanbeveling te maken voor een pijnmeetinstrument voor zorgvragers met een communicatieve en/of cognitieve beperking. De projectgroep zal de aanbevelingen verwerken in een protocol en het protocol uitbreiden voor zorgvragers zonder communicatieve en/of cognitieve beperking.

1.2 Achtergrond

In deze paragraaf geven we een korte uitleg over pijn en noemen we eerdere studies die een aanleiding zijn geweest om de situatie in de Accolade zorggroep te vergelijken met deze studies.

Pijn is een aanhoudende of intermitterende sterk onaangename gewaarwording, waarbij pijn die korter dan 6 maanden duurt acute pijn wordt genoemd, en pijn die langer dan zes maanden duurt chronische (Carpenito, 1998).

De nociceptie (pijngewaarwording) ontstaat door prikkeling van de uiteinden van gevoelszenuwen. Wanneer een zenuw beschadigd raakt, komen er chemische stoffen vrij uit de cellen. De vrijgekomen chemische stoffen prikkelen de uiteinden van dunne zenuwvezels in het weefsel, dat leidt tot het waarnemen van een pijngevoel. Deze zenuwuiteinden of pijnreceptoren worden nociceptoren genoemd. Pijn kan veroorzaakt worden door een ontsteking, druk tegen andere weefsels, spierkrampen, zuurstoftekort en prikkeling van vliezen (Heycop ten Ham, 2006).

Soorten pijn

Pijn kan worden geclassificeerd in acute en chronische pijn, afhankelijk van oorzaak en duur, niet van intensiteit.

- Acute pijn: duur van 1 seconde tot minder dan 6 maanden.
- Chronische pijn: Duurt 6 maanden of langer. Deze kan beschreven worden als beperkte, intermitterende of aanhoudende pijn
- Beperkte pijn: pijn van een letsel met uitzicht op beëindiging van de pijn
- Intermitterende pijn: periodieke pijn waarbij de persoon perioden heeft zonder pijn.
- Aanhoudende pijn: presenteert zich dagelijks (Carpenito-Moyet, 2008).

Karakter van pijn

Pijn kent vele karakters. Meestal kan iemand vrij nauwkeurig omschrijven welk soort pijn hij ervaart: brandend, zeurend, stekend, dof, snoerend, krampend, scherp enzovoort. De aard en plaats van de pijn gebruiken we om het probleem te achterhalen. Dat alleen is nooit voldoende om over pijn te kunnen oordelen (Heycop ten Ham, 2006). Pijn is een multidisciplinair probleem dat veel voorkomt

bij oudere mensen omdat door verhoogde leeftijd chronische klachten vaker voorkomen zoals cardiovasculaire, respiratoire ziektes en ziektes aan het bewegingsstelsel (Frampton, 2003). In 2008 was 14% van de bevolking 65 jaar of ouder. Dit aantal zal in 2030 opgelopen zijn tot 25% (Achterberg, 2008). Een groot deel van deze ouderen woont in een verpleeghuis, bovendien is bij meer dan 50 % van bewoners van verpleeghuizen dementie gediagnosticeerd (Zwakhalen, 2006).

Dementie

Dementie kenmerkt zich door een beperkte cognitieve functie, waardoor pijn moeilijk te beoordelen is. Dit kan komen door verlies van geheugen, veranderingen in persoonlijkheid of verlies van andere functies zoals kritisch vermogen, abstract denken of taal (Ferrell, 1995). In de literatuurstudie wordt verder in gegaan op dementie.

Verschillende studies hebben aangetoond dat ouderen minder pijn aangeven dan jongeren (Frampton, 2003). Een studie van Zwakhalen (2007) wees uit dat bij meten met een pijnschaal 48% van de bewoners van een verpleeghuis enige vorm van pijn heeft. Van deze 48% kreeg 40% geen pijnmedicatie. Een studie van Ferrell (1995) wees uit dat 21 % van de bewoners van een verpleeghuis niet in staat was om pijn aan te geven. Ook blijkt dat zorgvragers met dementie minder pijnstilling krijgen dan zorgvragers zonder dementie (Schröder, 2005).

Frampton (2003) noemt vier oorzaken voor het onder diagnosticeren van pijn bij mensen met cognitieve problemen

1. De gewoonte van ouderen om niet over pijn te spreken;
2. Het accepteren van deze gewoontes van het verzorgend personeel;
3. Het onvermogen van het verzorgend personeel om pijn te herkennen;
4. De ongeschiktheid van pijnmeetschalen voor patiënten met cognitieve problemen.

Deze vier oorzaken maken duidelijk dat pijn en herkenning, registratie en de behandeling van pijn bij bewoners in een verpleeghuis met cognitieve beperkingen een lastig probleem is.

Kennis

Zwakhalen e.a. (2007) hebben een onderzoek gedaan naar de kennis en overtuigingen van verplegend personeel in twee verpleeghuizen. Zij toonden aan dat er bij verplegend personeel in verpleeghuizen kennis tekort is over verschillende aspecten van pijn, terwijl dit personeel aangaf tevreden te zijn over het pijnbeleid op de afdeling. Er was vooral kennis tekort over pijnbehandeling en medicatie van bewoners van een verpleeghuis.

2. Probleemomschrijving

2.1 Doelstelling

Een onderbouwde aanbeveling uitbrengen aan de Accolade zorggroep waarin zowel pijnmeting als -registratie aan de orde komen voor zorgvragers met een cognitieve en/of communicatieve beperking.

2.2 Vraagstelling

Welk pijnmeetinstrument is geschikt voor de Accolade zorggroep en welke kennis en vaardigheden zijn nodig voor het verzorgend personeel van de Accolade Zorggroep om pijn te kunnen meten en registreren?

2.3 Deelvragen

1. Welke zorgvragers behoren tot de categorie zorgvragers met communicatieve en/of communicatieve beperkingen?
2. Wat is bekend over de pijnbeleving van zorgvragers met een communicatieve- en/ of cognitieve beperking?
3. Wat kan een pijnmeetinstrument bijdragen aan het diagnosticeren en behandelen van pijn?
4.
 - a. Welk pijnmeetinstrument is geschikt voor zorgvragers met een communicatieve beperking?
 - b. Welk pijnmeetinstrument is geschikt voor zorgvragers met een cognitieve beperking?
 - c. Welk pijnmeetinstrument is geschikt om te gebruiken in de Wijngaard?
5. Wat is het kennisniveau van het verzorgend personeel van de Accolade zorggroep over pijn en pijn meten?

3. Methode

Methoden vertalen systematisch een chaotische veelheid van verschijnselen in wetenschappelijke gegevens die kunnen worden geanalyseerd ('t Hart, 2005). In ons onderzoek zullen we antwoord geven op de vraagstelling welke kennis en vaardigheden nodig zijn voor het verzorgend personeel van de Accolade Zorggroep om pijn te kunnen meten en registreren. Deze kennis is in de deelvragen nader toegelicht. De vaardigheden die nodig zijn voor het verzorgend personeel worden gespecificeerd in de hoofdstukken 'conclusies' en 'resultaten'. Nadat we het probleem gedefinieerd en afgebakend hebben, zullen we ons richten op een literatuurstudie. We gaan na wat er al bekend is over het onderwerp, of het probleem eerder onderzocht is en wat de resultaten waren. Om de literatuurstudie te verrichten zullen we de literatuurbestanden PubMed en Medline raadplegen en tevens de door de Accolade Zorggroep aangereikte artikelen lezen. Met deze literatuurstudie en een

enquête zullen we antwoord geven op tevoren gestelde deelvragen die leiden naar het antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek (Hunink, 2000). We onderzoeken onder andere de kennis van, ervaring met en opleidingsniveau bij de zorgverleners van de Accolade zorggroep betreffende pijn bij zorgvragers met een communicatieve en/of cognitieve beperking. Dit doen wij door een enquête die we digitaal verspreiden onder onze onderzoekspopulatie. Het onderzoek op de Wijngaard wordt uiteindelijk gegeneraliseerd op de gehele Accolade Zorggroep. Wij hebben de enquête niet uitgezet onder de gehele Accolade Zorggroep maar ons beperkt tot de honderdnegenenzeventig zorgverleners van de Wijngaard; alle verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden van genoemde afdeling. Dit is een steekproef van de zorgverleners van de gehele Accolade Zorggroep. Een kwantitatief onderdeel van ons onderzoek zal zijn het verzamelen van gegevens die in getallen uitgedrukt zullen worden. In dit onderdeel zullen we variabelen met elkaar verbinden om samenhangende factoren van het probleem in verband te brengen. De enquête bevat 22 vragen. Als eerste vragen we naar functie, opleidingsniveau en het aantal jaren dat de werknemer werkzaam is in de zorg. Vervolgens volgen 9 stellingen die met juist, onjuist of weet niet kunnen worden beantwoord. Dit zijn verschillende stellingen over het onderwerp pijn en gaan over prevalentie, oorzaak en pijnmedicatie. Daarna volgen vijf stellingen die op een vijfpuntschaal moeten worden beantwoord, van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. Met deze stellingen willen we er achter komen hoe over pijn meten wordt gedacht op de Wijngaard. Als laatste volgen vier open vragen waar we de werknemers vragen non-verbale signalen van pijn te noemen, gevolgen van onbehandelde pijn en vragen naar pijnmeetinstrumenten. Deze vragen hebben we open gemaakt omdat we de respondenten niet willen beïnvloeden met suggesties. De enquête is opgebouwd uit verschillende categorieën over kennis van pijn, pijnmedicatie en pijnmeetinstrumenten. Door verschillende categorieën in de enquête te gebruiken kan op een breed vlak kennis getoetst worden.

Tot slot zullen we naar aanleiding van de uitkomsten van de literatuurstudie en de enquête een klinische les verzorgen waarin we inzicht geven in de kennis van de verzorgers binnen de afdelingen en de meest geschikte meetinstrument presenteren.

4. Literatuurstudie

4.1 Deelvraag 1

Welke zorgvragers behoren tot de categorie zorgvragers met communicatieve- en/ of cognitieve beperkingen?

Communicatieve en/of cognitieve beperkingen zijn een frequente belemmering voor het formuleren van de aanwezigheid van pijn (Herr, 2001). Binnen de doelgroep ouderen is er een grote subgroep waarbij de problemen in herkenning en behandeling van pijn groot zijn; de kwetsbare ouderen met een communicatieve en/of cognitieve beperking zoals bij dementie of niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Het herkennen van pijn bij dementerenden is door communicatieve beperkingen erg lastig (Herr, 2004()). Wat de diagnostiek van pijn bij dementie ook bemoeilijkt is dat de neuropathologie verschilt per subtype dementie (Scherder, 2003). Dementie is een syndroom waarbij sprake is van meer dan één beperking in de cognitieve functies en deze beperkingen het zelfstandig functioneren verstoren (Kruk, 2003). Er zijn verschillende vormen van dementie met verschillende oorzaken en met ieder een eigen beloop. De meest voorkomende dementiebeelden zijn de ziekte van Alzheimer, frontale kwabdementie, vasculaire dementie en Lewy body dementie (Kruk, 2003). De Accolade Zorggroep draagt zorg voor mensen die vanwege geheugenstoornis of dementie psychogeriatrische zorg nodig hebben. Daarnaast heeft de Wijngaard te Bosch en Duin een aparte afdeling, de Kuip, voor volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel (Accolade Zorggroep, z.j.). Hieronder wordt ingegaan op de verschillende dementie beelden en NAH.

Ziekte van Alzheimer

De ziekte van Alzheimer past het meest bij het beeld van het 'normale' verouderingsproces. Een factor die een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van de ziekte is het amyloïd eiwit. Bij de ziekte van Alzheimer blijven onoplosbare delen van het eiwit achter die niet afgevoerd worden. Hierdoor ontstaat een ontstekingsreactie die leidt tot hersenbeschadiging en zenuwceldood. De ziekte is een continu proces van progressief cerebraal neuronenvlies en wordt in vier fasen onderscheiden. Het begint met milde syndromen zoals lichte inprentingstoornis, begripstoornis en woordvindstoornissen. Secundaire symptomen bij Alzheimer zijn stoornissen in de taalfunctie, de praxis (handelen) en de gnosis (weten). In de fasen daarna worden de symptomen van de voorstadium meer geaccentueerd tot er in de laatste fase sprake is van ernstige dementie. In het laatste stadium is er geen gesprek met de patiënt meer mogelijk (Kruk, 2003).

Voor deze doelgroep is het soms onmogelijk om pijn verbaal aan te geven. Patiënten kunnen bijvoorbeeld niet meer praten of een beschrijving geven van hun pijn.

Vasculaire dementie

Vasculaire dementie is een ziektebeeld waarbij infarcten de zenuwcelgroepen kunnen treffen, maar ook de verbindingen ertussen. Dit kan een oorzaak zijn van de zogenaamde vasculaire dementie of subcorticale dementie. Dit is het type dementie welke ontstaat door beschadiging in dieper gelegen hersendelen of door schade aan de witte stof. Mensen met dit ziektebeeld hebben vooral last van vertraging in het denken, handelen en overzien van problemen (Kruk, 2003).

Frontaalkwabdementie

Frontaalkwabdementie is de verzamelnaam voor een aantal aandoeningen die de voorkwabben beschadigen. Oorzaken van een frontaalkwabdementie kunnen zijn de ziekte van Pick, de ziekte van Alzheimer en fronto-temporale degeneratie zonder duidelijke oorzaak. Het klinische beeld is het grootste onderscheid met een Alzheimer- of vasculaire dementie. Frontale kwabdementie presenteert zich vooral door sociaal onaangepast gedrag, vergroving van persoonlijkheidstrekken en het verlies van impulscontrole (Kruk, 2003).

Lewy body dementie

In tegenstelling tot de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie is Lewy body dementie een snelle, progressieve vorm van dementie. Een gemeenschappelijk kenmerk met de vasculaire dementie is de forse veranderingen in het functioneren die binnen een dag kunnen optreden. Mensen met deze aandoening kunnen zeker in de beginfase heldere momenten hebben en op andere momenten heel verstoord zijn in het cognitief functioneren. Ook hebben deze mensen vaak hallucinaties. Doordat deze vorm van dementie slecht behandelbaar is nemen de cognitieve beperkingen toe en de motoriek verslechtert verder (Kruk, 2003).

Niet aangeboren hersenletsel

Niet-aangeboren hersenletsel (hersenletsel na ziekte of ongeval) is hersenletsel, ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op hulpverlening." (Jensch e.a., 1995). Hersenletsel heeft verschillende oorzaken. De oorzaken worden verdeeld in drie hoofdgroepen, namelijk: traumatisch letsel, niet-traumatisch letsel en complicaties die tot hersenletsel leiden. Traumatisch letsel kan ontstaan wanneer er een kracht van buitenaf tegen het hoofd wordt uitgeoefend. Daarbij kan er ook letsel ontstaan wanneer voorwerpen van buitenaf de hersenen binnendringen. Voorbeelden van traumatisch letsel kunnen zijn: val met het hoofd, aanrijding, slagen tegen het hoofd en binnendringen van een voorwerp (Zanen, 2002). Vanuit het lichaam zelf kunnen verschillende factoren schade toebrengen in de hersenen, dit is het niet

traumatische hersenletsel. Voorbeelden hiervan zijn een herseninfarct (CVA), hersenvliesontsteking en tumor (Zanen, 2003). Pijnklachten komen bij patiënten met hersenletsel frequent voor. Zoals pijn bij CVA patiënten en de zogenaamde post-stroke pijn. Deze pijn wordt centraal veroorzaakt door schade in de hersenen (Frese, 2006). Bij mensen met NAH kunnen in communicatie en/of cognitieve stoornissen voorkomen, zoals woordvindstoornissen of spraakstoornissen. Er is geen algemeen beeld van verstoringen in de communicatie en/of cognitieve.

Multiple Sclerose en ziekte van Parkinson

Mensen met de ziekte van Parkinson, evenals Multiple Sclerose behoren tot de categorie van mensen met een cognitieve- en/of communicatieve beperking. De ziekte van Parkinson ontstaat door een tekort aan dopamine in de hersenen. Door dit tekort kunnen de basale kernen de spiertonus en de bewegingen niet meer coördineren. Belangrijke symptomen bij de ziekte van Parkinson zijn problemen als gevolg van bewegings- en spierstoornissen zoals tremoren, stijfheid en spierzwakte. Daarbij komen de symptomen stemmingsstoornissen, cognitieve stoornissen en vegetatieve stoornissen ook voor bij deze ziekte. Uitingvormen van cognitieve stoornissen kunnen zijn verwardheid, hallucinaties, concentratie- en aandachtsproblemen, vergeetachtigheid en dementie (Kruk, 2003). Multiple Sclerose (MS) is een chronische aandoening van het centrale zenuwstelsel. Deze ziekte wordt gekenmerkt door het optreden op verschillende momenten en plaatsen van ontstekingshaarden, demyelinisatie (verdwijnen van myelineschede van zenuwvezels) en vorming van verspreide harde plakken (plaques). Deze plakken komen voornamelijk voor in de witte stof van hersenen en ruggenmerg. Symptomen bij deze ziekte zijn zowel motorische en sensibele als autonome verschijnselen. Uitingvormen van deze verschijnselen zijn bijvoorbeeld hypertonie van spieren, spastische verlammingen, gevoelsstoornissen, algemene slappe, dysartrie (uitspraakstoornis) en visusverlies (Coelho, 2006).

4.2 Deelvraag 2

Wat is bekend over de pijnbeleving van zorgvragers met een communicatieve- en/ of cognitieve beperking?

Pijn is een moeilijk te omschrijven begrip. Pijn blijkt als verschijnsel en beleving erg moeilijk in een sluitende, bevredigende definitie te vangen. Een veelgebruikte wetenschappelijke definitie, opgesteld door het IASP (International Association for the Study of Pain) luidt: 'Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die verbonden is met werkelijke of potentiële weefselbeschadiging of in termen van zulke beschadiging wordt beschreven.' Een definitie van pijn dient niet alleen gebaseerd te zijn op weefselbeschadiging. Er zijn uiteenlopende vormen van pijn

zonder dat er sprake is van enige weefselbeschadiging, zoals een 'gebroken' hart waarbij er geen sprake is van weefselbeschadiging maar wel pijn ervaren wordt (Crul, 2007). Een definitie van het verschijnsel pijn dient ook te verwijzen naar pijngedrag. Dat is belangrijk omdat pijn subjectief is en er een hele scala is aan expressie in doen en laten waarmee mensen uiting geven aan hun pijn. Het pijngedrag kan beïnvloed worden door zogeheten 'copinggedrag', waardoor men beter met pijn kan leven. Het copinggedrag kan bestaan uit het aanpassen van het leven, maar ook kan het bestaan uit het volledig negeren van pijn. Het copinggedrag of de manier van leven/omgaan met pijn is essentieel voor de manier van uiten van pijn (Crul, 2007).

Zoveel facetten als hierboven genoemd het verschijnsel pijn heeft, zoveel tegenstrijdigheid is er ook te bespeuren in de beleving van pijn (Crul, 2007). Pijn is een subjectieve ervaring en er bestaan geen objectieve testen om het te meten. Als het mogelijk is, wordt de aanwezigheid en intensiteit gemeten door zelf-rapportage van de patiënt (McCaffery, 2005). Jammer genoeg kunnen niet alle patiënten hun pijn verbaal, in schrift of op een andere manier aangeven. Onterecht wordt wel eens gedacht dat mensen die zich niet kunnen uiten ook geen pijn hebben. Onderzoeken naar de beleving van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking tonen verscheidenheid (Scherder, 2005). Er zijn aanwijzingen dat bij de verschillende typen van dementie ook verschillende pijn-gerelateerde hersengebieden zijn aangedaan. Hierdoor ontstaan er verschillen in de beleving van pijn.

Een beïnvloedende factor bij het diagnosticeren van pijn is de verandering van pijnervaring op basis van neuropathologie. De neuropathologie verschilt per type aandoening. Een aantal klinische studies naar pijn bij de verschillende typen dementie laten zien dat er verschillen zijn. In deze studies is bijvoorbeeld aangetoond dat de pijndrempel bij Alzheimerpatiënten intact blijft, maar de beleving ervan mogelijk wel al in de vroege fase is verminderd. Registratie van pijn gerelateerde somatosensorische potentialen bij patiënten met ernstige dementie toonden aan dat de verwerking van pijn die gebieden van het centrale zenuwstelsel omvat werd verminderd, terwijl de pijnprikkel zelf adequaat werd ervaren (Yamamoto, 1996). Benedetti e.a.(1999) hebben aangetoond dat de pijngrens van de patiënten met de ziekte van Alzheimer niet verschillen van die van ouderen zonder dementie, terwijl de pijntolerantie aanzienlijk was verhoogd bij de groep met de ziekte van Alzheimer (Benedetti, 1999). De uitleg van deze bevindingen is dat gebieden die behoren tot het centrale zenuwstelsel zwaar zijn getroffen door de ziekte van Alzheimer. Het centrale zenuwstelsel speelt een belangrijke rol in de emotionele beleving van pijn, het lijden van pijn. (Rub, 2002). Het perifere zenuwstelsel, waar de waarneming van pijn wordt verwerkt, zijn echter betrekkelijk behouden gebleven in de ziekte van Alzheimer (Dickson, 2001). Er is dus bij patiënten met de ziekte van Alzheimer een verhoogde sensorische pijndrempel in vergelijking met ouderen zonder dementie. Patiënten met de ziekte van Alzheimer geven aan dat de pijn die ze ervaren minder intens is (Gibon,

2001). Met andere woorden, hoewel patiënten met de ziekte van Alzheimer nog steeds de aanwezigheid van pijn ervaren, kan het zijn dat de intensiteit en affect in mindere mate ervaren wordt. Patiënten met fronto-temporale dementie blijken nog minder pijn te ervaren dan patiënten met Alzheimer

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met vasculaire dementie een toename in pijnbeleving kennen (Scherder, 2005). De oorzaak is een defect in het perifere zenuwstelsel. Namelijk, door witte stof leasie kunnen hersenen de pijnprikkels niet meer goed verwerken. Hierdoor kunnen zonder aanleiding pijnprikkels ontstaan. Mensen met vasculaire dementie kunnen dus meer pijn beleven dan mensen zonder cognitieve beperking. Echter, ook bij Alzheimer kan een witte stof leasie ontstaan. Ondanks veranderingen in de gewaarwording van pijn bij personen met dementie is het nog steeds tot een zekere mate vergelijkbaar met die van de cognitief intacte volwassene (Schuler et al, 2004).

De schade van dementie heeft ernstige gevolgen voor het vermogen van patiënten in gevorderde stadia om pijn te communiceren. Schade aan het centrale zenuwstelsel beïnvloedt geheugen, taal en andere cognitieve processen die nodig zijn om de ervaring te communiceren. Daarnaast kunnen mensen met dementie moeite hebben met het begrijpen van de betekenis van de prikkel en het plaatsen ervan in een context. Dit zou het atypische gedrag kunnen verklaren dat wordt waargenomen bij deze populatie (Scherder, 2000). Atypisch gedrag van mensen met deze aandoening kunnen onder meer zijn lachen en grappen maken op ongepaste momenten zoals een begrafenis, onmiddellijk moeten toegeven aan de behoefte te urineren en dit in het openbaar te doen en/of rituele handelingen uitvoeren die ze kunnen blijven herhalen (Kruk, 2003).

Multiple Sclerose en Parkinson

Het lijkt erop dat er bij patiënten met Parkinson en MS de pijnperceptie is gestoord wanneer er cognitieve beperkingen aanwezig zijn (Scherder, 2005). Opmerkelijk is dat er in klinische en epidemiologische studies weinig aandacht besteed wordt aan pijn bij Parkinson en MS. Bij beide aandoeningen is pijn een belangrijke klinisch symptoom in tegenstelling tot bij de ziekte van Alzheimer (Scherder, 2005).

Verstandelijke beperking

Weinig pijnstudies richten zich op andere groepen van personen die lijden aan een verstandelijke beperking, zoals het syndroom van Down. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen last hebben van pijnlijke aandoeningen (Roizen, 2003). De neuropathologie van verstandelijke beperkingen heeft invloed op pijn gerelateerde grijze en witte stof die de pijnbeleving kunnen veranderen (Bittles, 2007).

4.3 Deelvraag 3

Wat kan een pijnmeetinstrument bijdragen aan het diagnosticeren en behandelen van pijn?

Zoals beschreven in deelvraag 1 en 2 zijn er veel patiëntengroepen die wel pijn beleven, maar dit niet kunnen uiten. Beschreven is de belemmering die de communicatieve en/of cognitieve beperking in het uiten van pijn met zich mee brengt. Door het gebruik van een pijnmeetinstrument kan bijgedragen worden in registratie van pijn.

De taak van de verpleegkundige

Zowel feitelijke als dreigende pijn is een verpleegprobleem. Volgens de richtlijnen in de consensus verpleegkunde bij pijn van het CBO welke in 1994 opgesteld zijn, dienen verpleegkundigen kennis te bezitten van de beïnvloedende factoren van pijn en zijn ontstaan en voortbestaan. De patiënt is de belangrijkste informatiebron wat betreft zijn pijn, echter wanneer deze niet tot verbale communicatie in staat is, zijn verpleegkundigen op non-verbale pijnsignalen en informatie van naasten aangewezen. In het bijzonder wanneer de patiënt niet in staat is verbaal te communiceren is het volgens de genoemde richtlijnen de taak van de verpleegkundige op fysiologische reacties en gedragsveranderingen te letten. In het vaststellen van pijn moeten zij dan gebruik maken van een pijnbeoordelingsinstrument. De communicatieve- en/of cognitieve beperking zullen invloed op de keuze van een pijnbeoordelings-instrument hebben (CBO, 1994). Door het invullen van vragenlijsten of het bijhouden van een dagboek wordt een persoon aangemoedigd een actieve rol in te nemen (Crombez et al., 2005) in dit geval in het alert zijn op pijn en zijn kenmerken.

Registratie

Registratie van pijn houdt in het noteren in het rapport van observatie door de werknemer van pijn bij de cliënt. Door te registreren kan het verloop van een situatie bijgehouden worden. In het geval van pijn gaat het over het bijhouden van het verloop van de aanwezige pijn. Indien aan de hand van rapportage blijkt dat de pijn niet afneemt of zelfs toeneemt, kan dit betekenen dat de pijnmedicatie niet voldoet. Aan de hand van de rapportage en de conclusie dat pijnmedicatie niet voldoet, kan actie ondernomen worden en andere of een hogere dosering pijnmedicatie gegeven worden. Rapportage is een hulpmiddel bij de continuïteit van de zorg. Er zijn veel verschillende werknemers die bij dezelfde cliënt zorg verlenen. Deze werknemers kunnen de zorg op elkaar afstemmen en zo eenduidige zorg leveren als zij hun bevindingen in de zorg voor de betreffende cliënten duidelijk rapporteren. Het duidelijk rapporteren is belangrijk omdat de werknemers in eerste instantie voor elkaar het rapport schrijven. De ene werknemer moet begrijpen wat de andere werknemer opgeschreven heeft om de eenduidige zorgverlening te kunnen leveren. Door rapportage wordt

informatie overgedragen, werknemers kunnen problemen tijdig signaleren en het verloop van het verblijf van de bewoner wordt overzichtelijk gemaakt. Om voorgaande punten daadwerkelijk tot uiting te kunnen laten komen zijn een aantal eisen aan rapportage gesteld. Een van de eisen is objectief rapporteren, de cliënt blijft een uniek persoon en wordt niet door de rapportage geëtiketteerd. Subjectieve woorden moeten vermeden worden, voor de één is 'vaak' elke dag, voor een ander is hetzelfde woord vier keer per dag (BTSG, 2004).

Cognitieve en/of communicatieve beperking

De bewoners met een uitingsbeperking die pijn hebben kunnen hetzij verbaal, hetzij non-verbaal zelf hun pijn niet rapporteren. Vanwege dat het voorgaande een struikelblok kan vormen, zou pijn niet effectief gemeten en daardoor niet effectief behandeld worden. Onbehandelde pijn kan leiden tot een veelheid aan problemen, bijvoorbeeld: chronische pijn, verstoord slaappatroon, depressieve gevoelens en een slechte kwaliteit van leven (van Herk et al., 2004). Scherder (2005) stelt zelfs dat dementerenden niet per definitie apathisch zijn vanuit het ziektebeeld, maar dit ook door pijn kan komen. Onder andere bij dementerenden en mensen met een neurodegeneratieve aandoening kan de pijnbeleving toenemen, door het aangetast zijn van delen van de hersenen. Onbehandelde pijn gaat samen met achteruitgang in bepaalde hersengebieden. De stoffen die bij pijn vrij komen brengen het functioneren van de hersenen schade toe (Duijf, 2010). Pijn weerhoudt de mens ervan te bewegen, terwijl mensen met bijvoorbeeld dementie juist moeten bewegen om zo verschillende hersencellen te laten functioneren (Braam et al.).

Meten

Het gebruik van meetinstrumenten verbetert de kwaliteit van zorg. Een meetinstrument kan helpen bij het inzichtelijk maken van een pijnprobleem. Het helpt bij het diagnosticeren en het indiceren van pijn. Diagnosticeren is het vastleggen dat er sprake van pijn is en indiceren waar die pijn zich bevindt. Ook screening van pijn is een functie van het meetinstrument (Crombez et al., 2005). Screening van pijn is het onderzoeken in welke mate de gediagnosticeerde en geïndiceerde pijn aanwezig is. Dat pijn bij mensen met dementie nog steeds onvoldoende behandeld is, heeft te maken met de complexiteit van de eerder genoemde ziektebeelden. Ook heeft het te maken met de complexiteit van de pijnmeetinstrumenten die betrouwbaar zijn. Wel is het gebruik van een betrouwbaar pijnmeetinstrument een vereiste voor effectieve pijnbehandeling (de Knecht & Scherder, 2010). De inspectie voor gezondheidszorg (IGZ) heeft een lijst samengesteld van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen. In deze lijst komt ook de kwaliteitsindicator pijn voor. In de toekomst zou dit ook in het verpleeghuis als indicator kunnen dienen (IGZ, 2010).

Pijn is subjectief en objectieve meetinstrumenten hiervoor bestaan niet. Wanneer niet door zelfrapportage pijn gemeten kan worden moeten op een andere manier metingen plaatsvinden, om zo naar adequate interventies toe te werken. Herr e.a. (2006) hebben aanbevelingen gedaan voor het meten van pijn bij mensen met communicatie beperkingen: Met regelmaat zal pijn gemeten, beoordeeld, herbeoordeeld en duidelijk gedocumenteerd moeten worden. De onderzoekers bevelen als eerste aan gebruik te maken van de Hierarchy of Pain Assessment Techniques van McCaffery & Pasero, 1999. Hier wordt in eerste instantie een beroep gedaan op zelfrapportage, daarna worden gezocht naar de oorzaken van pijn, vervolgens wordt het gedrag van de patiënt geobserveerd. Er wordt gebruik gemaakt van de beoordeling van naasten (familie en zorgverleners) en als laatste wordt de analgetische ladder gebruikt. De analgetische ladder is een onderverdeling van pijnmedicatie in vier categorieën, ontworpen door de World Health Organisation (WHO z.j.). Als tweede stap wordt een procedure voor pijnbeoordeling vastgesteld. Vervolgens wordt gebruik gemaakt van pijn gedrag observatieschalen. De vierde stap is het minimaliseren van de fysiologische indicatoren om vervolgens bij de vijfde stap te komen waarin herbeoordeeld en gedocumenteerd wordt. Bij aanbevelingen voor mensen met dementie geven de onderzoekers speciale aandacht voor het volgende: Voor mensen met dementie kan er geen gebruik worden gemaakt van zelfrapportage, omdat de pijnstimulatie die door dementerenden anders wordt geïnterpreteerd dan door mensen zonder dementie. Bij ouderen kun je chronische pijnklachten als oorzaak van de pijn beschouwen. Vaak gaat het om klachten van het bewegingsapparaat of neurologische afwijkingen, ook kunnen een recente val of andere acute klachten de oorzaak zijn. Observatie is voor zorgvragers met dementie heel belangrijk. De American Geriatrics Society, AGS (2002) heeft een lijst opgesteld met potentiële gedragingen voor pijn, het gedrag kan aan de hand hiervan geobserveerd worden (Herr et al., 2006). Voor verzorgend personeel kan deze lijst een handleiding zijn voor het herkennen van pijn bij de communicatief en/of cognitief beperkte zorgvrager. De lijst is toegevoegd als bijlage 3.

4.4 Deelvraag 4

a. Welke pijnmeetinstrumenten zijn geschikt voor zorgvragers met een communicatieve beperking?

Zelfrapportage is de gouden standaard bij rapporteren van pijn (Van Herk 2008). Omdat is gebleken dat pijn bij ouderen in het verpleeghuis veel voorkomt maar vaak niet wordt herkend zijn er een aantal hulpmiddelen ontwikkeld om hulpverleners daarbij te helpen. Rodriguez (2004) heeft drie van deze instrumenten vergeleken bij oudere patiënten met kanker in het hoofd/halsgebied met tijdelijke of blijvende communicatieve beperkingen. Hij vergeleek de VAS (visual analogue scale) met de NRS (numeric rating scale) en de FPS (faces pain scale). De NRS is een horizontale lijn die loopt van

0 (geen pijn) tot 10 (de ergst voorstelbare pijn), de patiënt omcirkelt het cijfer dat de pijn voorstelt op de pijnschaal. De VAS is een vergelijkbaar instrument; een 100 mm lijn met aan de linkerkant 'geen pijn' en aan de rechterkant 'de ergst voorstelbare pijn'. De patiënt trekt een verticale lijn die op dat moment de intentie van de pijn voorstelt. De FPS is een zes-punts schaal met gezichten die pijn weergeven. De patiënt geeft door het omcirkelen van de gezichten aan hoe de pijn wordt ervaren. Er werd in het onderzoek geen verschil gemeten in het gebruik van de drie meetinstrumenten, echter de NRS werd door de patiënten het meest gewaardeerd.

Wanneer de communicatiebeperking ernstiger is dan problemen met uiting, als de zorgverlener moeite heeft om de communicatie van de zorgvrager te begrijpen, is de NRS niet geschikt. Herr (2006) beschrijft in haar onderzoek de *Hierarchy of Pain Assessment Techniques* van McCaffery en Pasero: Na zelfrapportage ga je op zoek naar de mogelijke oorzaken van pijn. Vervolgens observeer je het gedrag van de zorgvrager dat een uiting kan zijn van pijn. Vraag familie of zorgverleners naar de pijn van de zorgvrager en maak met deze vier indicatoren een inschatting van de pijn en start met pijnstilling. Herr (2006) noemt in haar onderzoek geen observatieschaal die geschikt is voor de zorgvrager met communicatieve beperking.

Phan et al.(2004) hebben in een onderzoek de PADS (pain and discomfort scale) getest op mensen met een verstandelijke beperking die ook een communicatie beperking hebben. De onderzoekers concludeerden dat de PADS in staat was gedrag bij de patiënten op te sporen dat geassocieerd zou kunnen worden met pijn en discomfort. Echter, het was de onderzoekers niet duidelijk of er echt sprake was van pijn of van ander discomfort zoals angst.

Regnard et al. (2007) hebben een nieuw pijnmeetinstrument ontwikkeld voor mensen met communicatieve beperkingen, de DisDAT. De onderzoekers misten in de bestaande instrumenten het onderscheid tussen pijn en discomfort. De DisDAT bestaat uit een lijst met 77 gedragingen die de zorgverlener helpen bij het zoeken van de oorzaak van de nood van de zorgvrager. Conclusie van de onderzoekers is dat de DisDAT geschikt is voor zorgvragers met elke vorm van communicatieve beperking en 72% van de gebruikers vond de DisDAT bruikbaar in de praktijk. Voor zowel de PADS als de DisDAT zijn er niet meerdere onderzoeken beschikbaar .

b. Welke pijnmeetinstrumenten zijn geschikt voor zorgvragers met een cognitieve beperking?

Het meten van pijn bij ouderen met dementie kan op drie manieren (Tsai, 2004): door zelfrapportage, proxyrapportage (rapportage door familie, zorgverleners of andere naasten) of observatie. Zelfrapportage kan door de eerder genoemde NRS of de verbal descriptor scale (VDS)

waarbij uitdrukkingen van pijn overeenkomen met de intensiteit. Deze pijnschalen zijn echter niet bruikbaar voor patiënten met cognitieve beperkingen (Tsai, 2004). Volgens Zwakhalen (2006) vinden ouderen het over het algemeen moeilijker om de zelfobservatie schalen juist te gebruiken dan jongeren. Bovendien is geen schaal geschikt voor alle ouderen. Proxyrapportage wordt toegepast door zorgverleners of familie als de patiënt niet meer in staat is om te communiceren. Echter, zorgvragers hebben de neiging om pijn bij cognitief beperkte ouderen te onderschatten (Tsai, 2004). Observatie is een hulpmiddel om pijn te beoordelen, voor dementerende ouderen zijn een aantal observatieschalen ontwikkeld. Smith (2005) vergelijkt in een onderzoek acht verschillende pijnmeetinstrumenten voor nonverbale ouderen met gevorderde dementie. Haar conclusie is dat symptomen van gedrag de basis zijn voor het starten van een pijninterventie door verpleegkundigen. Het is daarom van groot belang dat verpleegkundigen en verzorgenden het vermogen hebben om veranderingen in gedrag te signaleren als pijn.

Fuchs-Lacelle en Hadjistavropoulos (2004) hebben een pijnschaal ontwikkeld, gebaseerd op ervaring van ouderenverpleegkundigen; de pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). Deze pijnschaal bestaat uit zestig vragen onderverdeeld in vier subschalen: gezichtsuitdrukking, activiteit/lichaamsbeweging, sociaal/persoonlijk/stemmingsindicatoren en psychologische indicatoren/ eet-en slaapverandering/ geluid. Het instrument is volgens de makers snel te gebruiken en maakt onderscheid in pijn en in niet-pijn-gerelateerde nood.

Zwakhalen e.a. (2006) hebben in een onderzoek twaalf verschillende pijnmeetinstrumenten voor ouderen met ernstige dementie vergeleken. Vier schalen te weten PAINAD, PACSLAC, DOLOPLUS2 en ECPA waren volgens de onderzoekers het meest geschikt, maar kregen allemaal maar 11 punten op een schaal van 20. Een aanbeveling om te implementeren kon in dit stadium niet worden gedaan. Er zouden volgens de onderzoekers nog twee criteria aan moeten worden toegevoegd: Eerst het vermogen om kleine veranderingen in gedrag te herkennen. PACSLAC is van de vier pijnschalen de enige die zich focust op kleine veranderingen. Het is ook het enige instrument dat speciaal gemaakt is voor de doelgroep, in plaats van de verbetering van een bestaand instrument (voor bijvoorbeeld kinderen). Ten tweede het klinisch gebruik, omdat dat bijdraagt aan de acceptatie van de gebruikers. Hierover is weinig informatie beschikbaar, er moet daarom meer onderzoek worden gedaan. Van de vier instrumenten is de DOLOPLUS2 het meest uitgebreid getest.

In een vervolgonderzoek hebben Zwakhalen et al. (2006) drie pijnmeetinstrumenten vertaald naar het Nederlands om de klinische bruikbaarheid te meten; de PAINAD, DOLOPLUS2 en PACSLAC. De vertaalde instrumenten zijn vergeleken in betrouwbaarheid, validiteit en klinische bruikbaarheid. De

PACSLAC was in zijn geheel gezien het meest valide, hoewel twee subschalen het meest onvalide bleken. De validiteit werd gemeten door de uitkomsten te vergelijken met de VAS gemeten door een verpleegkundige en door een ander, bijvoorbeeld familielid. De onderzoekers concludeerden dat het feit dat meerdere vragen regelmatig niet werden beantwoord door de gebruikers, aantoont dat het aantal vragen van de PACSLAC zou kunnen worden gereduceerd. De betrouwbaarheid tussen de gebruikers waren goed voor zowel PACSLAC als PAINAD. Voor de DOLOPLUS was het niet te meten. De verschillen in gebruikers waren het grootst bij de metingen in rust, wat aangeeft dat het moeilijk is om pijn in te schatten in rust. Ook concludeerden de onderzoekers dat de PACSLAC het meest bruikbaar werd gevonden door de verpleegkundigen. Wel gaven de verpleegkundigen aan dat ze de lijst van zestig vragen te lang vonden.

In het volgende vervolgonderzoek hebben Zwakhalen et al. (2007) de originele 60 vragen van de PACSLAC gereduceerd tot de vierentwintig vragen tellende PACSLAC-D. Ze concludeerden in het onderzoek dat onderliggende factoren voor pijn gerelateerd zijn aan gezicht- en vocale uitdrukkingen, weerstand/ verdediging en sociale aspecten/stemming. Vooral stemming heeft een belangrijke rol bij het opsporen van pijn. Gezichtsuitdrukkingen zijn universele aanwijzingen voor pijn, echter bij dementie spelen sociaal-emotionele aanwijzingen een grotere rol.

Van Nispen tot Pannerden e.a. (2009) hebben de PACSLAC ook vertaald naar het Nederlands en psychometrisch getest. De onderzoekers kwamen uit op een vragenlijst met achttien vragen, onderverdeeld in drie factoren: negatieve reacties op pijn, gezichts/stem/emotionele reacties op pijn en weerstand tegen pijn. Veertien van deze vragen kwamen overeen met de vragenlijst PACSLAC-D van Zwakhalen. Verpleegkundigen niveau 5 zijn volgens de onderzoekers meer in staat frustratie bij patiënten te herkennen als pijn, dit zou kunnen betekenen dat opleidingsniveau van invloed is op pijnbeoordeling. Aanbevolen wordt dat verpleegkundigen niveau 4 en verzorgenden worden getraind zodat de definities van de vragen duidelijk zijn en de checklist begrijpelijk is.

De conclusie is dat de PACSLAC-D een valide en betrouwbaar pijnmeetinstrument is om te gebruiken in Nederlandse verpleeghuizen, maar er is meer valide onderzoek nodig bij grotere groepen en naar pijn tijdens transfers. Nadeel is dat er geen handleiding bij de vragenlijst bestaat, waardoor de vragenlijst niet te interpreteren is.

Van Herk e.a.(2007) hebben een literatuurstudie gedaan naar zeventien pijnmeetinstrumenten, waaronder ook de PACSLAC-D. De onderzoekers concludeerden dat er maar vijf meetinstrumenten uitgebreid genoeg getest zijn om conclusies aan te verbinden. Van deze vijf instrumenten leek de

PAINAD het meest haalbaar voor implementatie. Echter, ook bij de PAINAD was geen interpretatie van de score geleverd zodat deze niet toepasbaar is in de praktijk. Conclusie van het onderzoek is dat er nog geen instrument beschikbaar is voor de praktijk.

Na deze conclusie heeft Van Herk (2008) in een proefschrift een lijst van veertien gedragsindicatoren opgesteld, gebaseerd op de adviezen van de American Geriatrics Society (AGS, zie bijlage 3) en op twee gevalideerde pijnmeetinstrumenten voor kinderen: De COMFORT-schaal en de Checklist Pain Behaviour (CPB). Deze veertien gedragsindicatoren hebben geleid tot een nieuw pijnmeetinstrument: de REPOS (Rotterdam Elderly Pain Observation Scale). De REPOS bestaat uit een lijst van tien gedragsindicatoren waar na een observatie van twee minuten door een zorgverlener aanwezig (1) of afwezig (2) moet worden gescoord. Ter aanvulling wordt pijn niveau op de NRS aangegeven. De REPOS is getoetst en gevalideerd door Van Herk (2008) bij zowel dementerenden, mensen met hersenletsel en mensen met afasie. In een implementatiestudie van Van Herk (2008) concludeerden onderzoekers dat de REPOS haalbaar is om te gebruiken in de praktijk na een training van acht weken. De training werd gegeven door een verpleegkundig specialist en bestond uit oefenen op gedragingen van videomateriaal en oefenen aan het bed. Voordeel van de REPOS is dat een beslisboom voor interventies wordt meegeleverd, evenals een instructie CD-ROM voor zorgverleners.

c. Welk pijnmeetinstrument is geschikt om te gebruiken in de Accolade zorggroep?

Er zijn in de Wijngaard verschillende groepen zorgvragers, zowel mensen met communicatieve als cognitieve beperkingen of beide. Het is het meest praktisch voor een instelling om met één meetinstrument te werken voor alle zorgvrager categorieën.

Zelfrapportage is de gouden standaard. Echter, voor de meeste zorgvragers is dit niet haalbaar. Andere pijnmeetinstrumenten gaan uit van observatie van gedrag. Veel pijnmeetinstrumenten zijn alleen beschikbaar in het Engels, de PACSLAC-D, PAINAD en de REPOS zijn beschikbaar in het Nederlands. Het zijn valide instrumenten om te gebruiken in Nederlandse verpleeghuizen, echter bij de PAINAD en PACSLAC-D is geen interpretatie van de scores beschikbaar. In de verschillende onderzoeken is er veel meer onderzoek gedaan naar pijnmeetinstrumenten voor dementerende zorgvragers dan zorgvragers met een andere vorm van communicatieve beperkingen. De REPOS is het enige meetinstrument dat is getest op zowel mensen met hersenletsel als dementerenden en mensen met afasie. De makers van de REPOS hebben het instrument zo ontwikkeld dat het te gebruiken is door zowel verpleegkundigen als verzorgenden, omdat in Nederlandse verpleeghuizen meest verzorgenden werken. De REPOS geeft bij het instrument een duidelijke interpretatie en een beslisboom, zodat het instrument bruikbaar is voor de praktijk. Bovendien is er een instructie CD-

ROM beschikbaar voor gebruikers. De REPOS lijkt hierdoor het meest geschikt voor implementatie in de Accolade zorggroep.

REPOS

De gebruiker van de REPOS observeert de patiënt gedurende minimaal twee minuten op de volgende tien gedragingen:

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Gespannen gezicht | 6. Bewegen van een lichaamsdeel |
| 2. Ogen (bijna) dichtknijpen | 7. Paniekerig, paniecreactie |
| 3. Optrekken bovenlip | 8. Kreunen/ jammeren |
| 4. Grimas | 9. Onrustgeluiden/ verbale uitingen |
| 5. Angstig kijken | 10. Ingehouden adem/ Stokken ademhaling |

De gedragingen zijn aanwezig (1) of afwezig (0), tijdens het scoren wordt nog geen betekenis aan de score gegeven. Het aantal gedragingen dat aanwezig was tijdens de observatie wordt opgeteld. Bij een REPOS score van 3 of hoger moet de gebruiker nagaan wat de oorzaak van het ongemak pijn was of wat anders. Hiervoor maakt de gebruiker een inschatting met de NRS. Een REPOS score van 3 of hoger in combinatie met een NRS van 4 of hoger dient te worden gerapporteerd en gemeld aan de arts. Na interventie zal de REPOS herhaald moeten worden om het effect van de interventie te meten.

5. Resultaten

5.1 Literatuurstudie

In deelvraag 2 is besproken dat verpleegkundigen kennis dienen te bezitten van de beïnvloedende factoren van pijn en zijn ontstaan en voortbestaan (CBO 1994). In deze richtlijnen staat ook dat verpleegkundigen alert dienen te zijn op fysiologische reacties en gedragsveranderingen van patiënten met pijn, in het bijzonder wanneer patiënten niet in staat zijn tot verbale communicatie en dat verpleegkundigen bij vaststellen van pijn gebruik dienen te maken van een pijnbeoordelings-instrument. De REPOS is door ons als een geschikt pijnmeetinstrument aanbevolen. Onderzoek naar het curriculum over pijn in de HBO-verpleegkunde opleidingen in Nederland liet zien dat er een grote diversiteit is in het huidige pijnonderwijs. Bovendien is er sprake van een aantal leemtes (De Wit, 2008). Over pijnonderwijs in MBO verpleegkunde of de opleiding voor verzorgenden of helpenden is niets bekend.

Onder de geënquêteerde zorgverleners van De Wijngaard is 8 % verpleegkundige, 53 % verzorgende IG, 10 % verzorgende en 29 % helpende. 7 % van de ondervraagden heeft een niveau 5 opleiding. Er is bij ons niet veel bekend over pijnonderwijs bij de verschillende opleidingen. Bovendien blijkt uit de enquête dat er bij een groot deel van de zorgverleners niet voldoende kennis is over het onderwerp pijn. Om met de REPOS te kunnen werken is een zekere kennis van pijn nodig. REPOS gebruikt tien non-verbale gedragingen die wijzen op pijn. De gedragingen worden door de gebruiker gescoord op aanwezigheid. Naast de score zal de gebruiker de pijn van de patiënt scoren op de NRS. Dit is om andere oorzaken van ongemak uit te sluiten. Van de gebruiker wordt dus verwacht dat zij kennis heeft van de NRS, de patiënt kent en mogelijke oorzaken van pijn kan noemen. Uit de enquête is gebleken dat 36 van de 82 ondervraagden (44 %) geen pijnmeetinstrument kent, en slechts 21 (25 %) de NRS kent. Het is ons niet duidelijk of zorgverleners van de Accolade zorggroep kennis hebben van mogelijke oorzaken van pijn, wel is duidelijk dat gevolgen van onderbehandeling niet bekend zijn.

Voor gebruik van de REPOS is een training nodig, omdat er moet worden geoefend met het observeren van de 10 non-verbale gedragingen. Hiervoor hebben de ontwikkelaars van de REPOS een Cd-Rom ontwikkeld. Met deze Cd-Rom kunnen zorgverleners individueel oefenen om de gedragingen te leren scoren.

5.2 Enquête

Deze paragraaf is het antwoord op deelvraag 5, welke luidt: “Wat is het kennisniveau van het verzorgend personeel van de Accolade zorggroep over pijn en pijn meten?” In deze paragraaf worden

de resultaten van de enquête beschreven. Bij alle resultaten worden voor elke stelling de percentages genoemd van de gehele steekproef. Ook zijn de resultaten gescheiden per functie, opleidingsniveau en aantal jaren werkervaring. De verschillende functies die genoemd worden, zijn helpende, verzorgende, verzorgende IG, verpleegkundige, teamleider, stagiaire en spw'er. Bij de verschillende niveaus, worden niveau 2, 3, 4 en 5 genoemd. Als laatste wordt ook de werkervaring in jaren onderscheiden, deze is verdeeld in de groepen 0 – 1,5 jaar, 1,6 – 3 jaar, 3,1 – 6 jaar, 6,1 – 10 jaar en meer dan 10 jaar werkervaring. Het zijn de opvallende punten die in dit hoofdstuk bij elk van de stellingen beschreven worden. Voor alle resultaten inclusief bijbehorende grafieken en tabellen verwijzen we naar bijlage 1.

Er zijn 179 enquêtes verstuurd, waarvan er 82 ingevuld terug zijn gekomen. Dat is een respons van 46 %. Hieronder bespreken we per stelling de antwoorden van de respondenten. Op de stellingen kon met 'juist', 'onjuist', of 'weet niet' worden geantwoord.

Pijn komt bij minder dan 40% van bewoners van een verpleeghuis voor.

ONJUIST

Een studie van Zwakhalen (2007) wees uit dat bij meten met een pijnschaal 48% van de bewoners van een verpleeghuis enige vorm van pijn heeft. Bij 83,7 % van de werknemers in de Wijngaard is bekend dat pijn inderdaad vaker voor komt dan bij 40% van de bewoners.

Ouderen hebben meer pijnklachten dan jongeren.

JUIST

Pijn is een probleem dat bij ouderen vaker voorkomt omdat door verhoogde leeftijd chronische klachten toenemen (Frampton 2003).

Ook bij deze stelling weten de meesten (68,8 %) wel dat ouderen meer pijnklachten dan jongeren hebben. Wel beantwoorden 60% van de spw'ers en 50% van de niveau 5 opgeleide werknemers deze stelling met 'onjuist' of zij zeggen het niet te weten.

Ouderen geven vaker aan dat ze pijn hebben dan jongeren

ONJUIST

Verskillende studies hebben aangetoond dat ouderen minder pijn aangeven dan jongeren (Frampton 2003). In de Wijngaard denken meer dan de helft van de stagiaires (57%) en ruim 47% van de helpenden dat ouderen wel vaker aangeven dat zij pijn hebben dan dat jongeren dit doen. In totaal denkt 40% van de werknemers dat ouderen vaker pijn aangeven dan jongeren en nog eens 17,5% weet het antwoord op deze stelling niet.

Pijn bij ouderen komt meestal door chronische klachten, niet door acute klachten.

JUIST

Bij ouderen kun je chronische pijnklachten als oorzaak van de pijn beschouwen (Herr 2006)

Ook de oorzaak van pijn wordt door het meeste verzorgende personeel gekend. 50% van de verpleegkundigen denkt dat deze stelling onjuist is. De meerderheid van de verzorgenden (57%) wist dat deze stelling juist is, bijna 43% denkt echter dat deze stelling onjuist is.

Ouderen met dementie of NAH voelen minder pijn dan mensen zonder hersenaandoening.

ONJUIST

Ondanks veranderingen in het centrale zenuwstelsel is de gewaarwording van pijn bij personen met dementie nog steeds tot een zekere mate vergelijkbaar met die van de cognitief intacte volwassene (Schuler et al, 2004). Bij vasculaire en frontale dementie ervaren patiënten mogelijk meer pijn (Scherder, 2003).

Onder de meeste werknemers (75%) is bekend dat ouderen met dementie of NAH niet minder pijn voelen dan mensen zonder hersenaandoening. Hierin zijn het de spw'ers waarbij 40% het antwoord op deze stelling niet weet en 20% denkt dat ouderen met dementie of NAH inderdaad minder pijn voelen dan mensen zonder hersenaandoening

In een verpleegkundige anamnese moet altijd gevraagd worden naar pijn.

JUIST

In een verpleegkundige anamnese moet altijd gevraagd worden naar pijn (CBO 1994)

De vaste werknemers van de Wijngaard weten dat altijd naar pijn gevraagd moet worden in een verpleegkundige anamnese(80%). Twee van de acht teamleiders beantwoordden deze stelling met onjuist.

Het signaleren van pijn hoort bij mijn dagelijkse taken

JUIST (CBO 1994)

93,7 % van de werknemers in de Wijngaard weten dat het inderdaad één van hun dagelijkse taken is pijn te signaleren. Teamleiders (25%) en spw'ers (20%) die op niveau 4 en 5 zijn opgeleid denken dat dit niet bij hun dagelijkse taken hoort.

Alle pijnmedicatie werkt op den duur verslavend, het gevaar is dat je er steeds meer van nodig hebt.

ONJUIST

Wanneer pijnmedicatie wordt voorgeschreven op geleide van pijn zal er geen verslaving optreden.

Wanneer de patiënt op een bepaald moment meer morfine nodig heeft komt dit vrijwel altijd door een toename van pijnen niet omdat het middel niet meer werkt (De Wit 2001).

De verpleegkundigen weten allemaal (100%) dat deze stelling onjuist is, van de overige functies en elk opleidingsniveau zeggen 50% van de werknemers dat pijnmedicatie verslavend zou zijn, nog eens 7,5% weet het antwoord op deze stelling niet.

Het is beter voorgeschreven pijnmedicatie 'zo nodig' te geven, dan volgens vast schema.

ONJUIST

Pijnstillers werken het beste als er steeds een bepaalde hoeveelheid van in het bloed aanwezig is. Dit wordt bereikt door steeds de volgende pijnstiller in te nemen voor de vorige is uitgewerkt. Door pijnstillers op een vaste tijd te nemen wordt voorkomen dat de pijn terugkeert (De Wit 2006).

57% van de stagiaires denkt dat het beter is pijnmedicatie 'zo nodig' te geven. Van de spw'ers denkt 40% dat dit beter is en nog eens 20% weet niet of het beter is pijnmedicatie 'zo nodig' of volgens een vast schema te geven. Het is iets meer dan een derde van de verzorgenden IG (36,9%) die het antwoord op deze vraag niet goed hebben of het antwoord niet weten. In totaal is er 36,3% van de werknemers die deze stelling met juist beantwoord of het niet weet.

De volgende stellingen hebben de respondenten op een vijfpunt-schaal beantwoord. De schaal liep van 1-helemaal mee oneens tot 5-helemaal mee eens.

Pijn meten bij bewoners met dementie of NAH is een kwestie van gokken.

Het merendeel, namelijk 55% van de werknemers is het niet eens met dat pijn meten bij bewoners met dementie of NAH een kwestie van gokken is. Toch is er ook een deel van de werknemers, namelijk 22% die wel degelijk vinden dat het een kwestie van gokken is. De patiënt is de belangrijkste informatiebron wat betreft zijn pijn, echter wanneer deze niet tot verbale communicatie in staat is, zijn verpleegkundigen op non-verbale pijnsignalen en informatie van naasten aangewezen (CBO 1994). Wanneer niet door zelfrapportage pijn gemeten kan worden moeten op een andere manier metingen plaatsvinden, om zo naar adequate interventies toe te werken (Herr e.a. 2006)

Alle bewoners op mijn afdeling krijgen adequate pijnstilling.

Bij de vraag of bewoners adequate pijnstilling krijgen op de afdeling waar de werknemer werkt, zien we dat bijna evenveel werknemers het hier mee eens (45,1 %) als mee oneens (36,5 %) zijn. Echter zijn er maar twee van de tweeëntachtig werknemers die het hier helemaal mee eens kunnen zijn. Bij deze vraag is het interessant om te kijken of hier een groot verschil tussen de afdeling is. Er zijn geen uitschieters per woongroep. De dille, Kievit en Koolmees zijn het minst zeker over of de bewoners

adequate pijnstilling krijgen. Achtereenvolgens heeft 66, 100 en 75 % deze vraag met 'helemaal mee oneens' of 'oneens' beantwoord.

Het meten en diagnosticeren van pijn is de taak van de arts.

'Ja', zegt 31 % van de werknemers, meten en diagnosticeren van pijn is de taak van de arts. Het is 18 % van de werknemers die er geen mening over hebben of dit de taak van de arts is. Een kleine meerderheid van 51 % is het hier niet mee eens. Volgens de CBO richtlijnen van 1994 is ook de verpleegkundige verantwoordelijk voor het meten van pijn.

Pijn hoort bij het ouder worden.

De vraag was voor 35 % van de werknemers heel duidelijk, 'ja', zeggen zij, zij zijn het er helemaal mee eens dat pijn hoort bij het ouder worden. Daarbij komt nog eens 44 % Die het ook met deze stelling eens is.

Pijnmedicatie moet alleen gegeven worden bij ernstige pijn.

Er is niemand die het helemaal eens kan zijn met de stelling dat pijnmedicatie alleen bij ernstige pijn gegeven moet worden. 32 % is het helemaal oneens met deze stelling en nog eens 31% zegt het ook niet eens te zijn. Ook deze vraag gaat over pijnmedicatie. Verzorgenden en verzorgenden IG zijn het er aardig over eens dat deze stelling niet waar is. 71 % van de verzorgenden en 97 % van de verzorgenden IG is het namelijk met deze stelling oneens. Één van de vier verpleegkundigen en één van de vijf spw'ers is het ermee eens dat pijnstilling alleen bij ernstige pijn gegeven moet worden. Van alle verschillende opleidingsniveaus liggen de percentages van de werknemers die het eens of helemaal eens zijn met de stelling dicht bij elkaar. Tussen de 19 % bij de werknemers met niveau 2 en een ruime 8 % bij de werknemers met opleidingsniveau 4.

Open vragen

Op de vraag 'Welke non-verbale signalen bij bewoners kunnen een aanwijzing zijn voor pijn?' hebben 60 personen (73%) 'gezichtsuitdrukking' genoemd. Dit is verreweg het meest genoemde antwoord. Vervolgens noemden 21 personen (26%) 'onrust'. 'Pijnlijke plek ontzien / aanraken' (16%), 'Slecht eten/ drinken' (15%), 'Passiviteit' (13%), 'onverwachte beweging als reactie op aanraking' (13%), 'lichaamshouding/ manier van zitten/lopen' (12%) en 'agressief gedrag' (11%) werden ongeveer even vaak genoemd. Opvallend is dat 'roepen/ gillen/ schreeuwen' maar door zes respondenten (7%) wordt genoemd, 'huilen' door vijf (6%) en 'kreunen' door vier (5%). Eén persoon (1%) noemt dat de ademhaling verandert.

Op de vraag 'Welke gevolgen van onderbehandeling van pijn kun je noemen?' is depressie/ somberheid het meest genoemde antwoord (21%). Ook gebrek aan eetlust/ afvallen (18%) en onrust (17%) werden vaak genoemd. Verder werd genoemd agressie/boosheid (13%), pijn (12%), passiviteit/ongeïnteresseerdheid (12%), prikkelbaar/chagrijnig (11%). Wanhoop/ moedeloosheid werd 3 keer genoemd (4%), evenals verdriet. Klagen werd door vier respondenten (5%) genoemd, aandacht vragen door drie(4%). Veel antwoorden zijn één keer genoemd, in de genoemde bijlage zijn alle genoemde antwoorden te vinden.

Acht respondenten noemden als gevolg de negatieve effecten van pijnmedicatie: verslaving (2%), sufheid(2%), gewenning(2%), onrustig (1%) door pijnmedicatie en toename van pijnmedicatie(1%). Opvallend is ook dat 16 respondenten geen gevolgen van onbehandelde pijn konden noemen (20%).

Pijn meten

Op de vragen 'Welke pijnmeetinstrumenten ken je?' en 'welke pijnmeetinstrumenten heb je wel eens gebruikt?' gaven 36 respondenten (44%) aan geen pijnmeetinstrument te kennen, 48 (56%) gaven aan er geen te gebruiken. De NRS is bekend bij 21 (26%) respondenten en is door 13 (16%) wel eens gebruikt. Verder werden genoemd de FPS (bekend 9%, gebruikt 1%), PACSLAC/ PACSLAC-D (bekend 5%, gebruikt 5%), pijnthermometer (bekend 4%, gebruikt 4%), PAINAD (bekend 4%, gebruikt 4%), VAS (bekend 2%, gebruikt 2%) en REPOS (bekend 1%, gebruikt 1%).

6. Conclusies

De REPOS is het meest geschikte pijnmeetinstrument om te gebruiken voor de bewoners met cognitieve en/of communicatieve beperkingen van de Accolade zorggroep. Het pijnmeetinstrument is geschikt in gebruik voor verzorgenden en dit zal bij de Accolade zorggroep de grootste groep gebruikers van het instrument vormen. Voor gebruikers kunnen starten met het werken met het instrument is er kennis nodig over het instrument, zal er moeten worden geoefend met het meten van pijn met het instrument en zal duidelijkheid moeten zijn over de registratie van pijn en de interventies.

Een groot percentage (83%) van de respondenten binnen de Wijngaard is zich bewust van de prevalentie van pijn van bewoners in verpleeghuizen. Ook weet 70% van de respondenten dat pijn vaker voorkomt bij ouderen dan bij jongeren en 67% weet dat de oorzaak van pijn bij deze doelgroep door chronische klachten komt, 33 % weet dit niet. Opvallend is dat er maar liefst 40% van de respondenten denkt dat ouderen vaker pijn aangeven dan jongeren. Daar tegenover zegt maar 43% dat ouderen niet vaker pijn aangeven dan jongeren en 16% weet het niet. Er kan worden gesteld dat de respondenten zich bewust zijn van de prevalentie van pijn, maar niet bewust van het gegeven dat ouderen de pijn niet aangeven. Er is dus een groep bewoners die wel pijn hebben, maar die door verzorgenden niet wordt herkend omdat het niet wordt aangegeven. Bovendien is de oorzaak van de klachten bij verzorgenden vaak niet bekend, omdat 33 % niet weet dat pijn vaak wordt veroorzaakt door chronische klachten.

Opvallend zijn de gegevens uit de vragen over medicatie. Op de stelling dat het beter is voorgeschreven pijnmedicatie 'zo nodig' te geven dan volgens vast schema en de stelling dat alle pijnmedicatie op den duur verslavend werkt, scoren verpleegkundigen 100% goed. Dit betekent dat bij verpleegkundigen kennis van medicatie op niveau is. In totaal hebben 63% van de respondenten correct geantwoord op de eerste stelling en 42% hebben correct geantwoord op de tweede stelling. Aangezien verpleegkundigen 100% op de stellingen correct hebben geantwoord, hebben andere functies in veel mindere mate het goede antwoord gegeven. Op de stelling dat alle pijnmedicatie op den duur verslavend werkt, denkt een erg groot percentage (51%) dat dit de waarheid is en 7% weet het niet. Er is sprake van een flink kennis tekort over pijnmedicatie bij alle andere functies dan verpleegkundige. De meerderheid (45%) van de respondenten is van mening dat bewoners geen adequate pijnstilling krijgen. 37% vindt van wel en 18% heeft geen mening. Het feit dat maar liefst

18% hier geen mening over heeft, kan duiden op gebrek aan handvatten voor de respondenten om hun mening te bekrachtigen.

Bijna alle respondenten (96%) vindt dat pijn signaleren bij zijn/haar dagelijkse taken hoort. Een mooie conclusie hieruit is dat alle respondenten alert zijn op pijnsignalen bij ouderen. Het meten en diagnosticeren van pijn vindt een hoog percentage (31%) de taak van de arts, 18% heeft hier geen mening over. Deze cijfers geven een interessant gegeven weer, er is namelijk een deel van de respondenten die meten van pijn tot hun eigen taken zien, maar diagnosticeren een taak vinden van de arts.

Het meten van pijn bij bewoners met dementie of NAH vindt 22% van de respondenten in meer of mindere mate een kwestie van gokken. Daarbij hebben 23% van de respondenten aangegeven geen mening te hebben over deze kwestie. Een conclusie die we kunnen trekken is dat 45% van de respondenten niet adequaat pijn weet te meten. Dit zou kunnen komen door een tekort aan kennis van meetinstrumenten. Het is opvallend dat het hier bijna de helft van de respondenten betreft, terwijl zoals eerder genoemd, 96 % vindt dat pijn meten bij de dagelijkse taken hoort.

Van de 82 respondenten gaven 36 respondenten (44%) aan geen enkel instrument te kennen en 48 (56%) geen instrument te gebruiken om pijn te meten. Een groep van 21 respondenten (26%) is bekend met de meetschaal NRS. Daarvan hebben maar 13 respondenten (16%) hem gebruikt of gebruiken deze werkelijk om pijn te meten. Hieruit en uit eerder genoemde gegevens kunnen we concluderen dat er een kenniskort is over pijnmeetinstrumenten binnen de Accolade Zorggroep. Ook is er sprake van misverstanden betreffende pijnbehandeling. Uit het onderzoek is gebleken dat 20% van de respondenten geen gevolgen kan noemen van onderbehandeling van pijn. Op de vraag hiernaar gaven de respondenten zeer uiteenlopende antwoorden inclusief antwoorden die geen verband hebben met de vraag. Uit de antwoorden blijkt dat de respondenten moeite hebben om verband te leggen tussen onderbehandeling van pijn en gevolgen ervan.

Uit onze literatuurstudie is gebleken dat de REPOS het meest geschikte meetinstrument is voor het gebruik door verpleegkundigen en verzorgenden. Uit de enquête is naar voren gekomen dat 1 van de 82 respondenten (1,2%) de REPOS kent. Dat betekent dat 98,8% van de respondenten het meetinstrument niet kent. In de enquête hebben we gevraagd naar non-verbale signalen die een aanwijzing kunnen zijn voor pijn. In de antwoorden worden enkele signalen van de REPOS massaal genoemd maar vele andere belangrijke signalen worden helemaal niet genoemd. 'Grimassen' wordt door 66 respondenten genoemd, 'onrust' door 24 respondenten, 'kreunen/kermen' door 5

respondenten en 'verandering in ademhaling' wordt door 1 respondent genoemd. Andere signalen zoals 'ogen samenknijpen', 'bovenlip optrekken', 'angstig kijken' of 'paniek' worden helemaal niet genoemd. De antwoorden die zijn genoemd zijn vrijwel allemaal onder te brengen onder de vijf gebieden (gezichtsuitdrukking, verbale uitdrukking, lichaamsbeweging, verandering in interpersoonlijke interacties, verandering in psyche) van de lijst van gedragingen van de AGS. Dit betekent dat alle genoemde gedragingen wel degelijk signalen zijn van pijn bij cognitief beperkte ouderen.

De belangrijkste conclusies die we kunnen trekken zijn dat werknemers van De Accolade Zorggroep zich bewust zijn van de prevalentie van pijn, ze weten dat het signaleren van pijn tot de dagelijkse taken hoort maar ze geen handvatten kennen om de pijn te diagnosticeren. Dit blijkt ook uit het feit dat een groot deel van de verpleegkundigen en verzorgenden van mening zijn dat bewoners geen adequate pijnstilling krijgen. Er blijkt ook dat er een duidelijk kennistekort is bij verzorgenden over pijnmedicatie.

7. Aanbevelingen

De aanbeveling die wij aan de Accolade zorggroep willen doen is dat er aandacht geschonken moet worden aan drie gebieden, voordat er gestart kan worden met een pijnprotocol.

1. Er is *onderwijs* nodig over pijn voor alle werknemers die de dagelijkse verzorging van de bewoners van de Accolade zorggroep doen.
2. Er is *training* nodig van alle medewerkers die met de REPOS gaan werken.
3. Er is een duidelijk *protocol* nodig waar de REPOS een onderdeel van is.

Een schematische weergave van de aanbeveling ziet er als volgt uit:



Onderwijs

Omdat gemeten is dat er bij de werknemers van de Wijngaard een kennistekort is over pijn, pijn meten en interventies is het nodig om de kennis te vergroten voordat kennis wordt gemaakt met het pijnmeetinstrument. Dit zou kunnen in de vorm van een verplichte klinische les. In de les zullen de volgende onderwerpen aan bod moeten komen:

- Oorzaken van pijn
- Gevolgen van (onbehandelde) pijn
- Meten en observeren
- Pijnmeetinstrumenten; REPOS en NRS
- Interventies; medicamenteus en niet-medicamenteus.

Training

Om een eenduidig effect van het pijnmeetinstrument te behalen, is het nodig dat alle gebruikers een training volgen voordat ze het instrument gaan gebruiken. De makers van REPOS hebben een cd-rom

gemaakt die naast enige theoretische achtergrond ook mogelijkheid biedt om het observeren van de tien gedragingen te oefenen. Aanbevolen door ons wordt om per woongroep twee verzorgenden eerst te trainen en hen vervolgens de rest van de woongroep te laten trainen. Dit kan de teamleider zijn samen met een verzorgende, maar zal in ieder geval minstens een verzorgende moeten zijn omdat het instrument speciaal voor die groep is ontwikkeld. Degene die de training geeft zal bekend moeten zijn met pijn bij de doelgroep en het instrument. De voorkeur gaat uit naar een arts of verpleegkundig specialist. Er is één studie geweest waarin een pilot voor implementatie met de REPOS is getest (Van Herk, 2008). Hierin werd geconcludeerd dat alle verpleegkundigen voldoende getraind waren na gemiddeld acht weken en twaalf observaties. Duidelijkheid hierover werd verkregen door *interrater agreement* te meten.

Protocol

Er zal een protocol gemaakt moeten worden waar de REPOS een onderdeel van is. In dat protocol zal de volgende onderdelen moeten bevatten:

- Frequentie van het meten met de REPOS
- Het pijnmeetinstrument, de REPOS
- Beslisboom voor interventies
- Rapportagesysteem

Frequentie

Afgesproken zal moeten worden hoe vaak pijn gemeten zal worden met de REPOS. Een frequente meting van bijvoorbeeld eens per maand zal bijdragen aan de kwaliteit omdat er continuïteit is. Er zal in het protocol moeten staan dat gemeten wordt bij vermoeden van pijn. In de REPOS staat aangegeven dat het meten wordt herhaald na de interventie.

Beslisboom

Er is bij de REPOS een beslisboom geleverd, waarin staat dat bij een REPOS score van 3 of hoger de verzorgende de oorzaak van het ongemak nagaat met de NRS (zie bijlage 2). Een REPOS score van 3 of hoger in combinatie met een NRS van vier of hoger betekent pijn en interventies moeten worden genomen. Onze aanbeveling is dat de gemeten scores worden besproken met de teamleider en interventies worden besproken. Deze kunnen bestaan uit medicamenteus en niet-medicamenteus. De arts zal beslissen of er aanpassingen gedaan worden in de medicatie.

Rapportage

Een eenduidig rapportagesysteem zal bijdragen aan kwaliteit, omdat op deze manier voor iedereen (verzorgenden, teamleider, arts) duidelijk is of een bewoner pijn heeft en of er interventies worden gedaan. Onze aanbeveling is dat op het rapportageblad duidelijk moet zijn welke pijnmedicatie de bewoner krijgt. Zo is dat voor alle verzorgenden inzichtelijk, niet alleen voor diegene die de pillen uitdeelt. Wijzigingen worden zo ook duidelijk, wat nodig is omdat de REPOS na een wijziging herhaald zal moeten worden.

Een rapportageblad zou er uit kunnen zien als hieronder wordt weergegeven. Ook zou gekozen kunnen worden voor een integratie in de bestaande rapportage. Voordeel daarvan is dat er niet op een apart blad moet worden geschreven. Nadeel is dat het over het hoofd kan worden gezien in de rapportage en de evaluatie.

NAAM BEWONER

PIJNMEDICATIE.....

	1 ^e observator	2 ^e observator (evt)
Naam observator		
Datum observatie		
REPOS score		
NRS score		
Interventie		

PIJNMEDICATIE.....

	1 ^e observator	2 ^e observator (evt)
Naam observator		
Datum observatie		
REPOS score		
NRS score		
Interventie		

8. Discussie

Enquête

Voor het activeren van de enquête is rekening gehouden met de verschillende niveaus van de zorgverleners. De enquête werd ingevuld door de zorgverleners die uiteindelijk het pijnmeetinstrument gaan gebruiken. We hadden verwacht dat helpenden, verzorgenden, verzorgenden IG en verpleegkundigen deze enquête in zouden vullen. Ook in de literatuur hebben we ons gericht op deze groep zorgverleners. Bij ontvangst van de ingevulde enquêtes bleken ook spw'ers en teamleiders de doelgroep te zijn. Het woord 'teamleider' geeft ons geen informatie over de achtergrond van deze persoon, terwijl dat juist is wat we wilden weten.

In de enquête hebben we onderscheid gemaakt in functie en niveau. De functies bleken voor ons waardevol, maar het vragen naar niveaus heeft geen meerwaarde gehad. We wilden weten of er een verschil in kennis is tussen verpleegkundigen niveau 4 en 5. Maar er werken minder verpleegkundigen dan wij dachten; van het totaal aan respondenten is 8 % verpleegkundige, 7 % van het totaal aan respondenten heeft een niveau 5 opleiding genoten. Er bleken ook respondenten met een niveau 5 opleiding die geen verpleegkundige waren, maar bijvoorbeeld SPW'er. Deze getallen zeggen ons daarom niets over de verhouding verpleegkundige niveau 4 of 5 en zijn niet waardevol gebleken.

Er zijn negen vragen waarvan het antwoord juist of onjuist was. Ook hebben wij de optie 'weet niet' toegevoegd, om ook de mogelijkheid te bieden dat de respondent aan kon geven het antwoord niet te weten. Het heeft voor ons meer waarde te weten dat een respondent het antwoord niet weet, dan dat deze gaat gokken. We hebben er geen rekening mee gehouden dat er ook een gokkans is. Het kan zijn dat de respondent het antwoord niet wist, maar toch 'juist' of 'onjuist' heeft gegokt.

In de enquête kon op vijf vragen geantwoord worden met een vijfpuntsschaal. Uiteindelijk hebben we bij het verwerken van de resultaten niets met deze informatie gedaan. Het zou beter geweest zijn als we ook bij deze vragen de opties juist/onjuist en 'weet niet' geplaatst hadden.

Aanbeveling

Het is moeilijk om een implementatieplan voor de REPOS aan te bevelen. Observeren blijft een persoonlijke interpretatie en hangt af van de vaardigheid van de observator. In een studie van Van Herk (2008) is door middel van het berekenen van de *interrater agreement* (Cohen's Kappa) kwaliteit van de observaties aangetoond. Als de Accolade zorggroep gaat starten met de

implementatie van de REPOS zal er ook daar gezocht moeten worden naar een manier om de kwaliteit van de observaties te waarborgen.

Literatuur

Achterberg (2008) Oud zeer. Diagnostiek en behandeling van pijn bij ouderen is onder de maat. Medisch contact, nr. 63, pp. 385-388

Benedetti, F. Vighetti, S. Ricco, C. Lagna, E. Bergamasco, B. & Pinessi, L. (1990). Pain threshold and pain tolerance in Alzheimer's disease. Pain, nr. 80, pp. 377-382.

Bittles, AH. Bower, C. Hussain, R. & Glasson, EJ. (2007). The four ages of Down syndrome. European Journal of Public Health, nr. 17(2), pp. 221-225.

Braam, S. & Duijf, E. Levenskwaliteit, bewegen, kauwen en pijn. Geraadpleegd 18 maart 2011 via <http://www.innovatiekringdementie.nl/Artikel/Levenskwaliteit-bewegen-kauwen-en--pijn-.aspx>

BTSG (2004). Rapporteren. Geraadpleegd 10 mei 2011 via <http://www.btsg.nl/infobulletin/rapporteren.html>

Carpenito-Moyet, L.J.(2008). *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

CBO (1994). Consensus verpleegkunde bij pijn. Resultaat van de tweede verpleegkundige consensusbijeenkomst.

Crombez, G. & Vlaeyen, J.W.S. (2005). Meten en beoordelen van pijnproblemen bij patiënten: hoe en waarom? Pijn info, nr. , pp.5-14

Crul, B.J.P.(2007). *Mens en pijn: problemen en perspectieven*. Nijmegen: Valkhof Pers.

Coelho, M.B. Jochems, A.A.F. & Joosten, F.W.M.G. (2006). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.

Dickson, D.W. (2001) Neuropathology of Alzheimer's disease and other dementias. Clinical Geriatric Medicine, nr. 17, pp. 209-28.

Duijf, E. (2010). Opleven door pijnstillers. Geraadpleegd 18 maart 2011 via <http://www.innovatiekringdementie.nl/DynamicMedia/Marysia/ruwe%20versie%20in%20word%20VK%20artikel%20over%20pijn%20.pdf>

Ferrell, B.A, Ferrell, B.R. & Rivera, L.(1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. Journal of Pain and Symptom Management, nr.10, pp. 591-598.

Frampton (2003) Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age and Ageing*, nr 32, pp. 248–251

Frese, A. Husstedt, I.W. Ringelstein, E.B. & Evers, S. (2006). Pharmacologic treatment of central post-stroke pain. *Clinical Journal of Pain*; nr. 22 (3), pp. 252-260.

Fuchs-Lacelle, S. & Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain assessment nursing*, nr.5(1), pp. 37-49

Gibson, S.J. Voukelatos, X. Ames, D. Flicker, L. & Helme RD (2001). An examination of pain perception and cerebral event-related potentials following carbon dioxide laser stimulation in patients with Alzheimer's disease and age-matched control volunteers. *Pain Resource Management*, nr. 6, pp. 126–132.

Hart 't, H. Boeije, H. & Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Utrecht: Boomonderwijs

Herk, R. van, Wit, R. de, Tibboel, D. & Baar, F.P.M. (2004). Is pijn meten mogelijk bij ouderen met een uitingsbeperking? *Pijn Info*, nr. pp. 53-71

Herk R. van, M. van Dijk, F. Baar, D. Tibboel, R. de Wit (2007) Observation scales for pain assessment in older adults with cognitive impairments or communication difficulties. *Nursing research*, nr. 56, pp.34-43.

Herk, R. van (2008) *A closer look at pain in nursing home resident* (Proefschrift) Rotterdam: Optima grafische Communicatie

Herr, K.(2002) Pain Assessment in Cognitively Impaired Older Adults. *American Journal of Nursing*, nr. 12, pp. 65-67.

Herr, K. & Decker, S. (2004) Assessment of pain in older adults with severe cognitive impairment. *Clinical Care & Aging*, nr. 12, pp. 46-52.

Herr, K. Coyne, P. Key, T. Manworren, R. McCaffery, M. Merkel, S. Pelosi-Kelly, J. & Wild, L. (2006) Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, nr. 7 (2), pp. 44-52

Heycop ten Ham van, C. Hendriks, H.J.C. (2006). *Basisboek Pathologie*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.

Hunink, G.H. Bijl van der, J.J & Cusveller, B.S. (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.

Inspectie voor gezondheidszorg (2010). Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2011. Geraadpleegd 5 mei 2011 via http://www.igz.nl/Images/2010-07%20Basisset%20kwaliteitsindicatoren%20ziekenhuizen%202011_tcm294-283436.pdf

Jacob, E. & Puntillo, K. A. (1999). A survey of nursing practice in the assessment and management of pain in children. *Pediatric Nursing*, nr. 25(3), pp. 278-286.

Jensch, J.H. & Leenders, F. (1995). *Geen eenling in de zorg... jongeren en volwassenen met hersenletsel na ziekte of ongeval in woonvormen en activiteitencentra*. Nederlandse Federatie Voorzieningen Lichamelijke Gehandicapten.

Knegt, N. de & Scherder, E. (2010). Pain in adults with intellectual disabilities. *Pain* (gepubliceerd op PubMed, nog niet geprint in *Pain*).

Kruk, T. van der (2003). *Deskundige hulpverlening aan ouderen*. Utrecht: Lemma BV.

Nispen tot Pannerden van, S. Candel, M. Zwakhalen, S. Hamers, J. Curfs, J. & Berger, M. (2009) An item respons theory-based assessment of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC), *The journal of pain* , nr. 10(8), pp. 884-853.

Pasero, C. & McCaffery, M. (2005). No self-report means no pain-intensity rating. *The American Journal of Nursing*, nr. 105(10), pp. 50-55.

Puntillo, K. A. White, C. Morris, A. B. Perdue, S. T. Stanik-Hutt, J. & Thompson, C. L. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care*, nr. 10(4), pp. 238-251.

Rodriguez, C. McMillan, S. & Yarandi, H. (2004) Pain Measurement in Older Adults With Head and Neck Cancer and Communication Impairments. *Cancer Nursing*, nr. 27(6), pp. 425-433.

Rüb, U. Del Tredici, K. Del Turco, D. & Braak, H (2002). The intralaminar nuclei assigned to the medial pain system and other components of this system are early and progressively affected by Alzheimer's disease-related cytoskeletal pathology. *Journal of Chemical Neuroanatomy* , nr. 23, pp. 279-90.

Scherder, E. (2005) Recent developments in pain in dementia. *British Medical journal*, nr. 330(7489), pp.461-464.

Scherder, E.J. Sergeant, J.A. & Swaab, D.F.(2003). Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurology*, nr. 2 (11), pp. 677-686.

Scherder, E.J.A. & Bouma, A. (2000). Visual analogue scales for pain assessment in Alzheimer's disease. *Gerontology*, nr. 46, pp.47-53.

Schuler, M. Njoo. Hestermann, M. Oster, P. &Hauer, K. (2004). Acute and chronic pain in geriatrics: clinical characteristics of pain and the influence of cognition. *Pain Medicine*, nr. 5 (3), pp. 253-262.

Simons, S. H. P. Van Dijk, M. Anand, K. S. & Roofthoof, D. (2003). Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, nr. 157(11), pp. 1058-1064.

Smith M. (2005)Pain assessment in nonverbal older adults with advanced dementia. *Perspectives in Psychiatric care*, nr. 41(3), pp. 99-113.

Stanik-Hutt, J. A. Soeken, K. L. Belcher, A. E. Fontaine, D. K. & Gift, A. G. (2001). Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *American Journal of Critical Care*,nr. 10(4), pp.252-259.

Tsai, P. & Chang, J. (2004) Assessment of pain in elders with dementia. *Medical surgical Nursing*, nr. 13(6), pp. 364-370.

Wit, R. de (2001) *De verpleegkundige en pijnbestrijding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

WHO ().WHO's pain ladder. Geraadpleegd 23 maart 2011 via
<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.html>

Yamamoto, M. Kachi, T. & Igata, A. (1996). Pain-related somatosensory evoked potentials in dementia. *Journal of Neurological Science*, nr. 137, pp.117-119.

Zanen, L. (2003). *Mensen met niet-aangeboren hersenletsel*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Zwakhallen S, J. Hamers, H. Huijjer Abu-Saad, M. Berger (2006) Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatrics , nr. 6(3), pp. onbekend

Zwakhallen, S. J. Hamers, M. Berger (2006) The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. Pain, nr. 126(1-3), pp. 210-220

Zwakhallen S . J. Hamers, M. Berger (2007) Improving the clinical usefulness of behavioural pain scale for older people with dementia. Journal of advanced nursing. Nr. 58(5), pp. 493-502.

Zwakhallen, S. J. HAMers, R. Peijnenburg, M. Berger (2007) Nursing staff Knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. Pain Resource & Management, nr. 12(3), pp. 177-184.

Zwakhallen, S. R. Koopmans, P. Geels, M. Berger, J.Hamers, (2009) The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. European Journal of pain, nr. 13(1), pp. 89-93.

Bijlagen:

Bijlage 1: Resultaten enquête

vraag 1 : Wat is je functie binnen de Wijngaard?

1	Helpende	29.03%
2	Verzorgende	9.68%
3	Verzorgende IG	53.23%
4	Verpleegkundige	8.06%

vraag 2 : Wat is je opleidingsniveau?

1	Niveau 2	20.78%
2	Niveau 3	55.84%
3	Niveau 4	15.58%
4	Niveau 5	7.79%

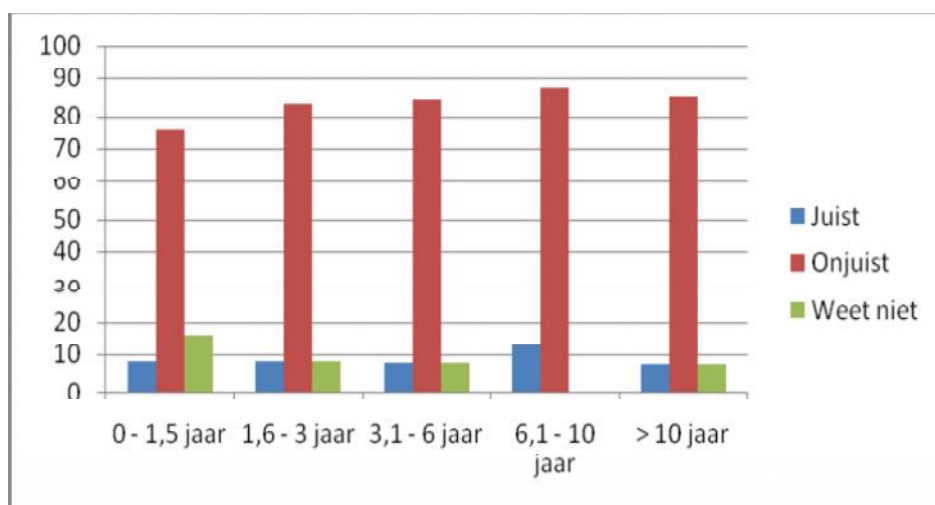
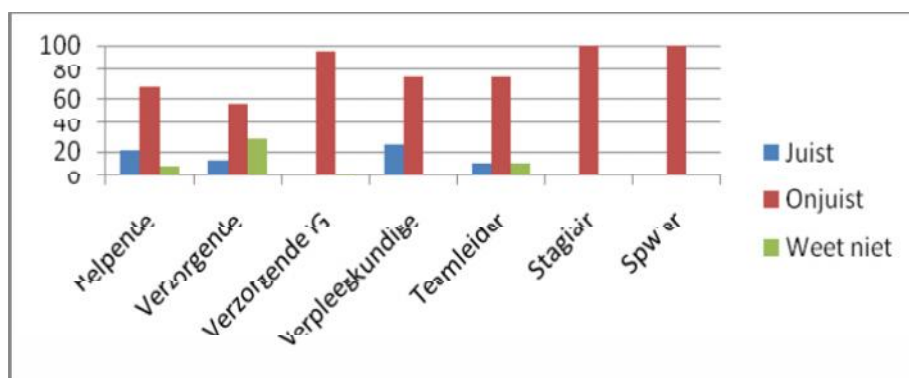
3 : Hoeveel jaren ervaring in de zorg heb je?

Gemiddelde waarde: 10.01

Variantie: 79.80

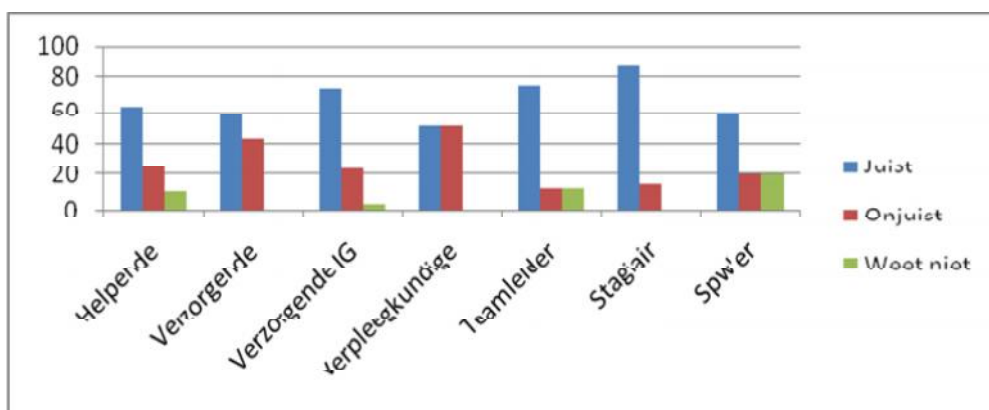
vraag 5 : Pijn komt voor bij minder dan 40% van de bewoners van verpleeghuizen voor.

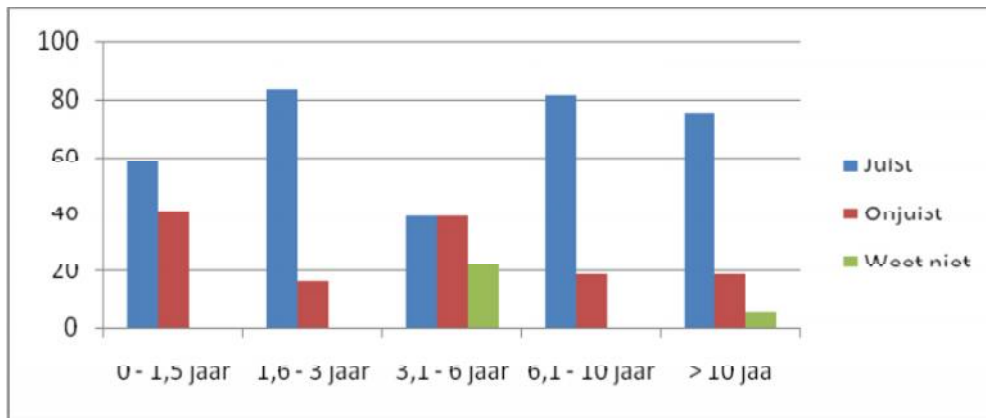
1	Juist	8.43%
2	Onjuist	83.13%
3	Weet niet	8.43%



vraag 6 : Pijn bij ouderen komt meestal door chronische klachten, niet door acute klachten.

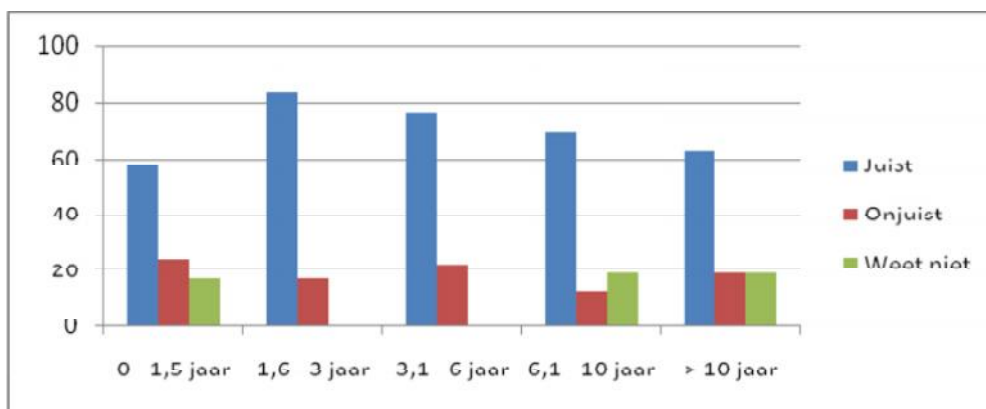
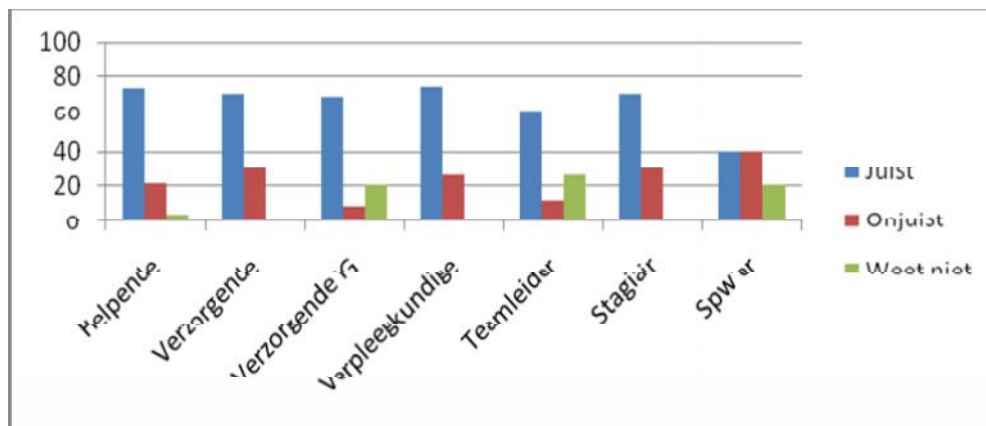
1	Juist	67.47%
2	Onjuist	25.30%
3	Weet niet	7.23%





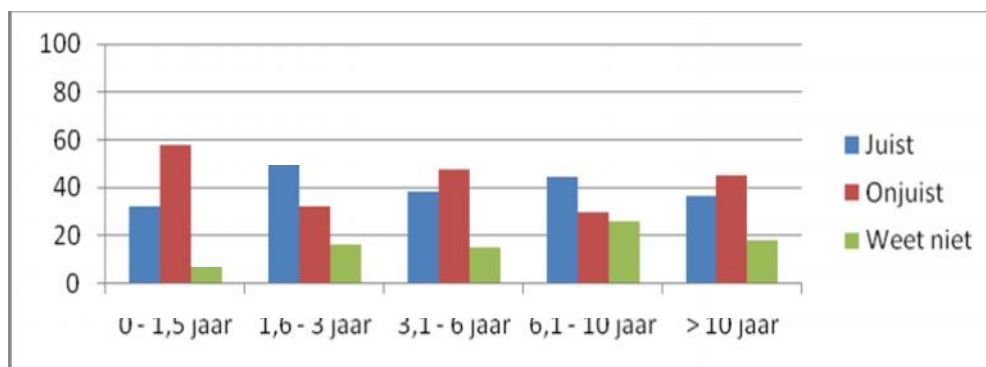
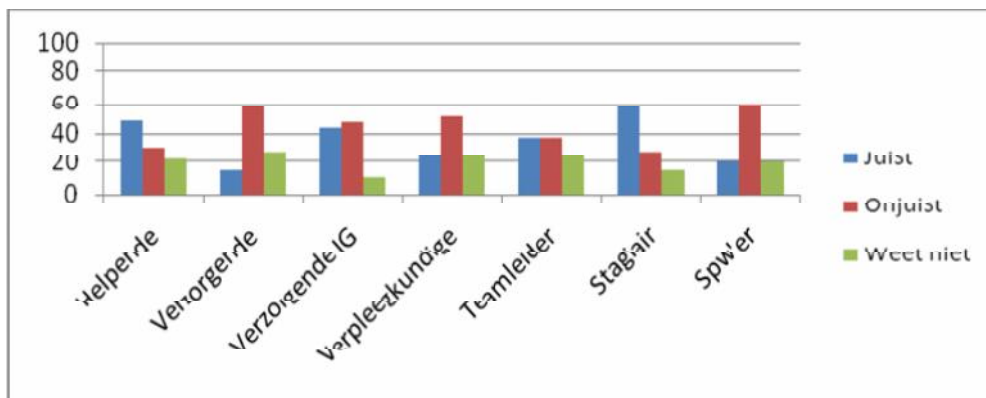
vraag 7 : Ouderen hebben meer pijnklachten dan jongeren.

1	Juist	69.88%
2	Onjuist	18.07%
3	Weet niet	12.05%



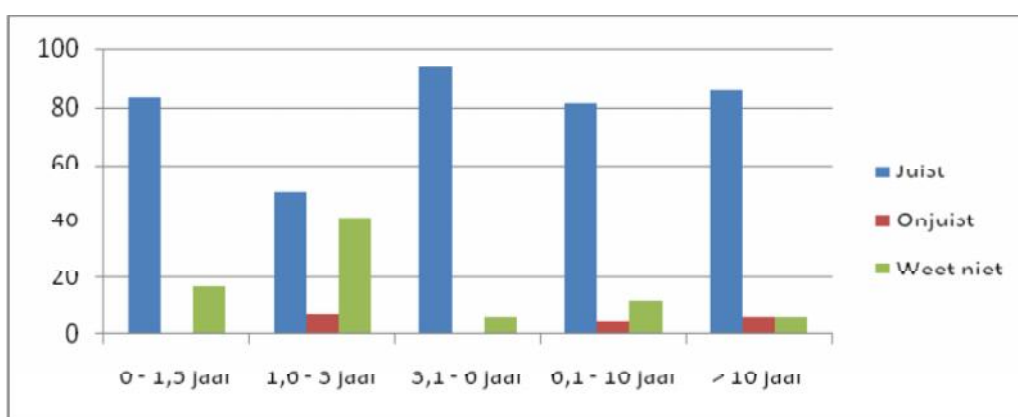
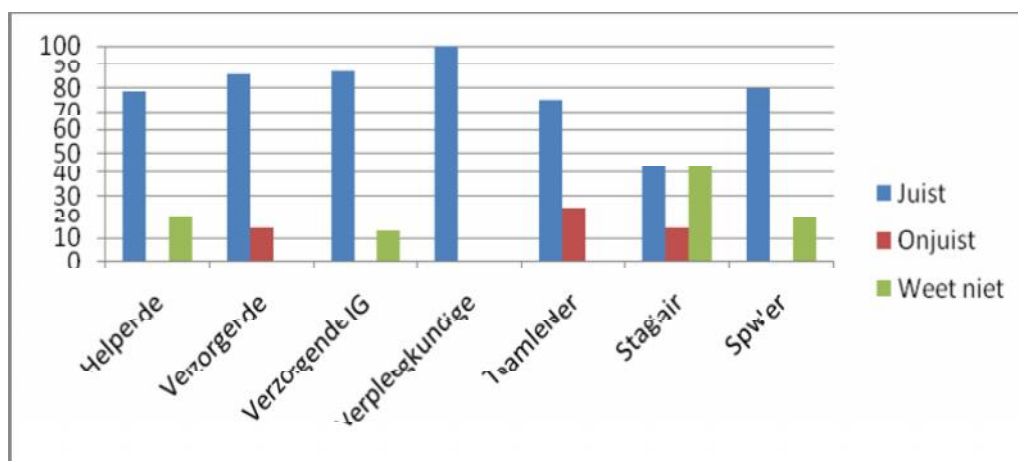
vraag 8 : Ouderen geven vaker aan dat ze pijn hebben dan jongeren.

1	Juist	39.76%
2	Onjuist	43.37%
3	Weet niet	16.87%



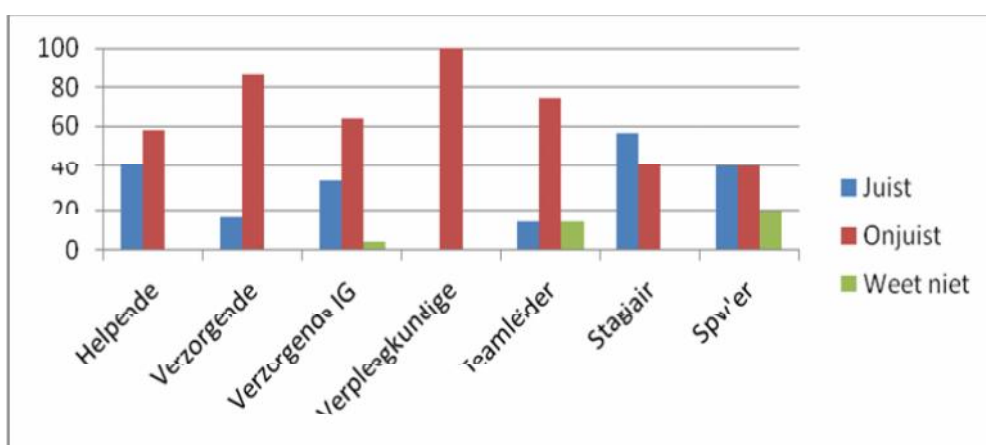
vraag 9 : In een verpleegkundige anamnese moet altijd gevraagd worden naar pijn.

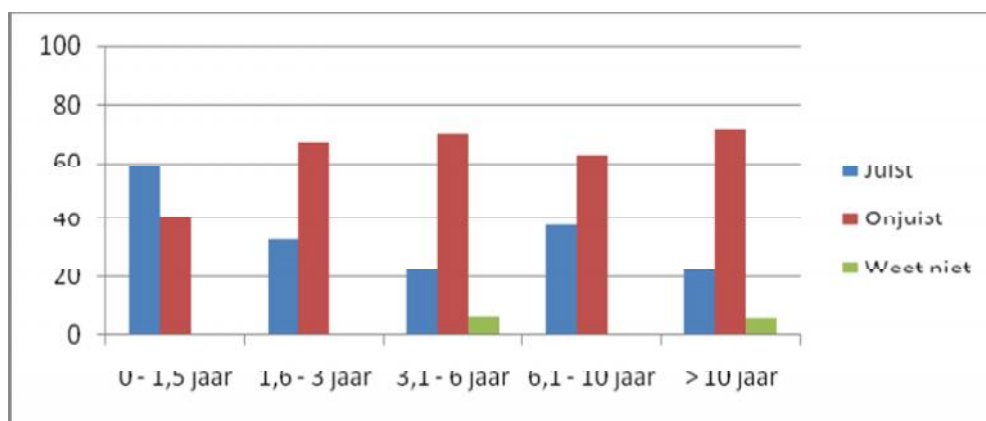
1	Juist	79.52%
2	Onjuist	6.02%
3	Weet niet	14.46%



vraag 10 : Het is beter voorgeschreven pijnmedicatie 'zo nodig' te geven, dan volgens vast schema.

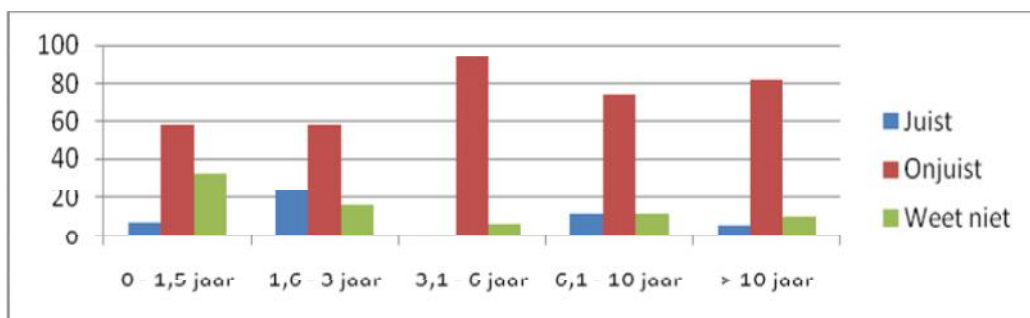
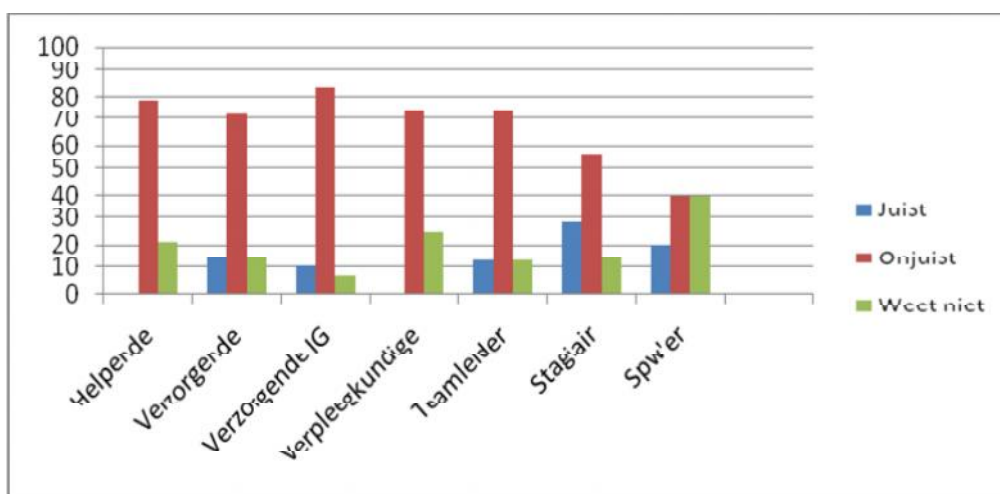
1	Juist	33.73%
2	Onjuist	62.65%
3	Weet niet	3.61%





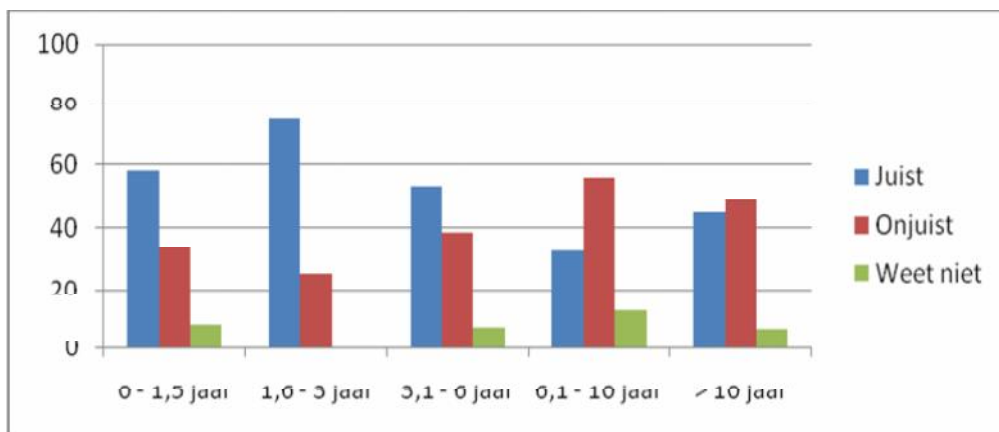
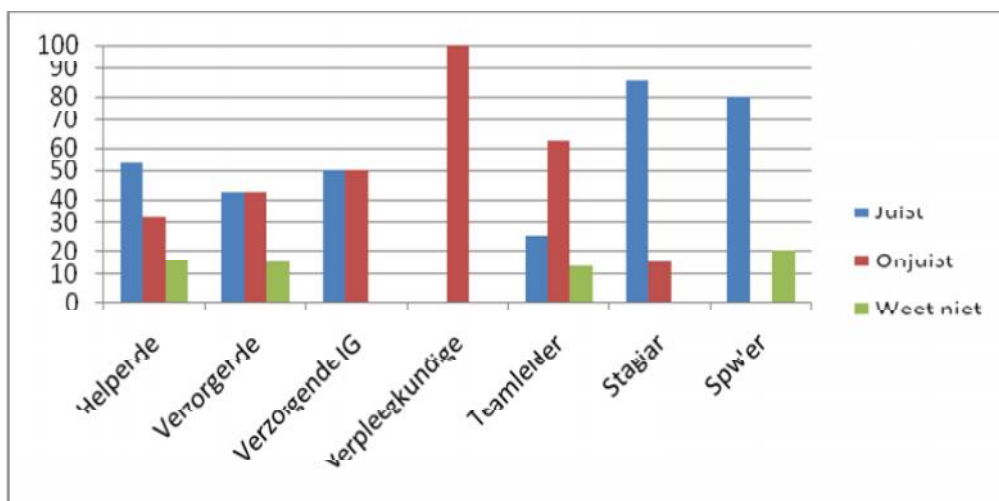
vraag 11 : Ouderen met dementie of NAH voelen minder pijn dan mensen zonder hersenaandoening.

1	Juist	9.64%
2	Onjuist	75.90%
3	Weet niet	14.46%



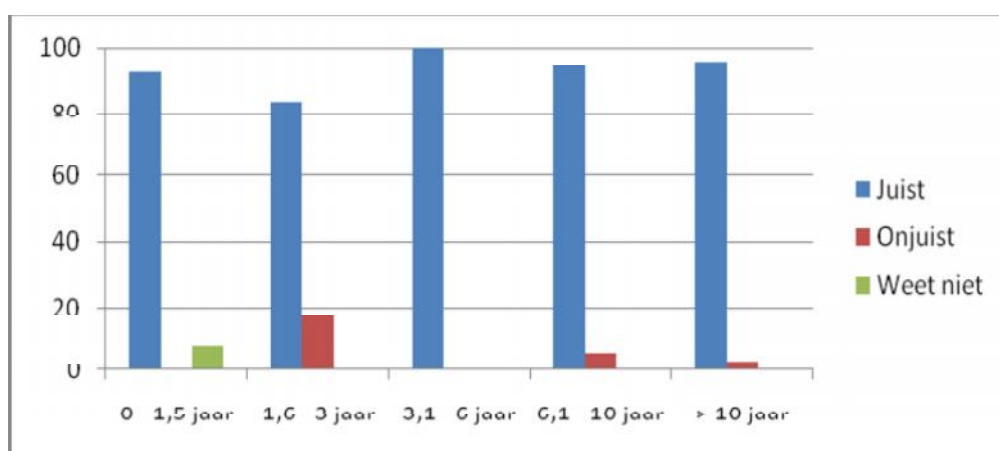
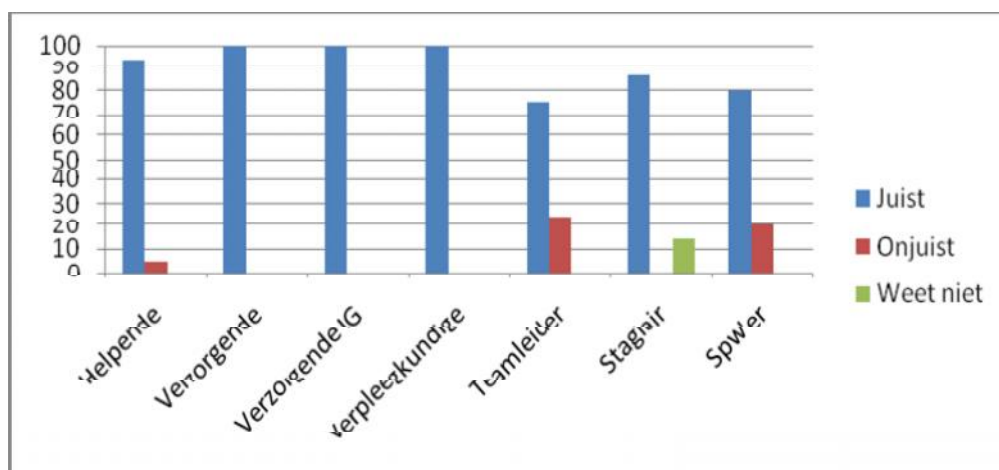
vraag 12 : Alle pijnmedicatie werkt op den duur verslavend, het gevaar is dat je er steeds meer van nodig hebt.

1	Juist	50.60%
2	Onjuist	42.17%
3	Weet niet	7.23%



vraag 13 : Het signaleren van pijn hoort bij mijn dagelijkse taken.

1	Juist	96.39%
2	Onjuist	2.41%
3	Weet niet	1.20%



14. Pijn meten bij bewoners met dementie of NAH is een kwestie van gokken

gokken

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	helemaal oneens	11	13,4	13,4	13,4
	oneens	34	41,5	41,5	54,9
	geen mening	19	23,2	23,2	78,0
	eens	17	20,7	20,7	98,8
	helemaal eens	1	1,2	1,2	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

15. Alle bewoners op mijn afdeling krijgen adequate pijnstilling.

adequaat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	helemaal oneens	9	11,0	11,0	11,0
	oneens	28	34,1	34,1	45,1
	geen mening	15	18,3	18,3	63,4
	eens	28	34,1	34,1	97,6
	helemaal eens	2	2,4	2,4	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

16. Het meten en diagnosticeren van pijn is de taak van de arts.

taak arts

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid helemaal oneens	15	18,3	18,3	18,3
oneens	27	32,9	32,9	51,2
geen mening	15	18,3	18,3	69,5
eens	20	24,4	24,4	93,9
helemaal eens	5	6,1	6,1	100,0
Total	82	100,0	100,0	

17. Pijn medicatie moet alleen gegeven worden bij ernstige pijn.

ernstige pijn

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid helemaal oneens	29	35,4	35,4	35,4
oneens	36	43,9	43,9	79,3
weet niet	8	9,8	9,8	89,0
eens	7	8,5	8,5	97,6
helemaal eens	2	2,4	2,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

18. Pijn hoort bij het ouder worden.

hoort bij ouder

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	helemaal oneens	26	31,7	32,1	32,1
	oneens	25	30,5	30,9	63,0
	geen mening	15	18,3	18,5	81,5
	eens	15	18,3	18,5	100,0
	Total	81	98,8	100,0	
Missing	System	1	1,2		
Total		82	100,0		

19: Welke non-verbale signalen bij bewoners zouden een aanwijzing kunnen zijn voor pijn?

Antwoord	Aantal	Procent
Mimiek	49	60
Verkrampen gezicht	6	5
Gelaatstrekken	3	4
Boze blik	2	2
Gefronst gezicht	4	5
Grimassen bij aanraking		
Iedematen	1	1
Gespannen blik	1	1
Onrust	24	29
Wiebelen	1	1
Bewegen	1	1
Agitatie	1	1
Slecht eten / drinken	13	16
Vermagering	1	1
Houding	11	13

Krampachtige houding	1	1
Verkrampen lichaam	3	4
Slecht slapen	9	11
Agressie/Boosheid	9	11
Slaan/Schoppen	8	10
Roepen/Gillen/Schreeuwen	7	9
Huilen	4	5
Kreunen	5	6
Passiviteit	9	11
Verhoogde immobiliteit	1	1
Terugtrekken	10	12
Verstijving van handen	1	1
Gebalde vuisten	1	1
Stijf houden	1	1
Spieraanspanning	3	4
Spastisch bewegen met armen		
/ benen	1	1
Knijpen	1	1
Pijnlijke plek aanraken/wrijven	13	16
Wijzen naar iets	1	1
Zorg afweren	5	6
Bepaalde bewegingen /		
handelingen vermijden	1	1
Afwijzend reageren	1	1
Pijnlijke plek ontzien	5	6
Stil / in zichzelf gekeerd	5	6
Afwezig / suf	1	1
Moeheid	1	1
Somber	2	2
Depressief	5	6
Verdrietig	1	1
Eenzaam	1	1
Opstandig	1	1
Ontevreden	1	1

Aandacht vragen	3	4
Negatieve aandacht vragen	1	1
Niet doen wat verzorging vraagt	1	1
Klagen	1	1
Gedragsverandering	2	2
Humeurig	2	2
Moeilijk bewegen	1	1
Lichaamsdelen niet / nauwelijks bewegen	1	1
Beperking in pijnlijke lichaamsdeel	1	1
Geen goed welbevinden	1	1
Dwalen	1	1
Verandering ademhaling	1	1
Vallen	1	1
Gebaar	1	1
Zwelling	1	1
Warmte pijnlijke plek	1	1
Temperatuursverhoging	1	1
Snelle pols	1	1
Huidverkleuring	1	1
Mondeling pijn aangeven	1	1
Gebruik pijnstillende middelen als alcohol in geval van psychische pijn	1	1

Vraag 20: Welke pijnmeetinstrumenten ken je?

Vraag 21: Welke pijnmeetinstrumenten heb je wel eens gebruikt?

Pijnmeetinstrumenten	Welke ken je?	Welke gebruik je?
Geen	33	39
Bewegen	1	1

NRS	21	15
Grafiek schetsen	1	-
Altijd eigen observatie / rapportage	3	3
Pacslac / Pacslac D	4	4
FPS	6	1
Pijnthermometer	3	3
PAINAD	3	3
Vragenlijst pijnmeting	2	-
VAS	2	2
Pijnschaal / pijnscorelijst	5	4
Bloeddruk / Tempen / Bloedsuiker	1	1
Repose	1	1
Lijst voor gezichtsuitdrukking	1	-
Pijnmodel van Loeser	1	-

Vraag 22: Welke gevolgen kan onbehandelde pijn voor de patiënt hebben?

Antwoord	Aantal	Percentage
Depressie/somberheid	16	20
Suïcidaliteit	1	1
Weet niet	16	20
Gebrek aan eetlust/afvallen	15	18
Onrust	14	17
Agressie/boosheid	13	16
Pijn	9	11
Chronische pijn waar niets aan te doen is	1	1
Prikkelbaar/chagrijnig	9	11
Verminderde mobiliteit	9	11
Passiviteit	8	10
Ongeïnteresseerd	2	2
Toename pijnmedicatie	1	1
Verslaving pijnmedicatie	2	2
Sufheid van pijnmedicatie	2	2
Gewenning aan pijnmedicatie	2	2
Onrustig door pijnmedicatie	1	1
Ongewenst gedrag	5	6
Roepgedrag	2	2
Afweergedrag	2	2
Slapeloosheid	5	6
Verzet bij verzorging	5	6
Vreemde houding aannemen	4	5
Decubitus	4	5
Algehele achteruitgang	4	5
Klagen	4	5
Vermoeidheid	4	5
Angst	4	5
Verdriet	3	4
Aandacht vragen	3	4
Ontzien	3	4

Stijfheid	3	4
Terugtrekken	2	2
Stil zijn	2	2
Wanhoop	2	2
Moedeloosheid	1	1
Wonden	2	2
Agitatie	1	1
Afhankelijk opstellen	1	1
Verwardheid	1	1
Sufheid	1	1
Stemmingsstoornissen	1	1
Psychische gevolgen	1	
Gespannenheid	1	1
Vergroeiing	1	1
Stress	1	1
Incontinentie	1	1
Uitdroging	1	1
Rode/ ruwe plekken	1	1
Verminderde levenskwaliteit	1	1
Zelfstandigheid beperkt	1	1
Stagnatie therapie	1	1
Rolstoel gebonden zijn	1	1

Oorzaken die worden genoemd:

Inwendig letsel

Hartfalen

Tumoren

Ontstekingen

Te weinig medicatie 2x

Oorzaak wordt niet weggenomen

Patiënten willen geen medicatie

Parkinson

Vasculaire dementie

Wonden

Te laat medicatie geven

Te weinig aandacht voor pijn

Interventies die worden genoemd:

Pijnmedicatie wordt verhoogd 4x

Fysiotherapie

Afleiding

Koeling

Non-verbale signalen die worden genoemd:

Fronsen

Bijlage 2. REPOS met beslisboom
appendices

Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS)

Please observe for 2 minutes, and tick the box if the specific behavior was present during the observation. If not, then write a tick and the REPOS total score.



NAME CLIENT			
	1st observation	2nd observation	3rd observation
NAME OBSERVER			
DATE/TIME			
SITUATION (PAIN, transfer, walking, physical therapy, rest, void, care, etc.)			
PAIN MEDICATION (Type, dosage, and time of last administration)			
Tense face	☐	☐	☐
Eyes (almost) squeezed	☐	☐	☐
Raising upper lip	☐	☐	☐
Grimace	☐	☐	☐
Frightened, fearful look	☐	☐	☐
Moving body parts	☐	☐	☐
Panicky, panics attack	☐	☐	☐
Moaning / groaning	☐	☐	☐
Sounds of restlessness / verbal expressions	☐	☐	☐
Breath holding / faltering respiration	☐	☐	☐
REPOS TOTAL SCORE			

see REPOS decision tree
see REPOS decision tree
see REPOS decision tree

REPOS version 1.0, van Tilburg, Breda, van der, 1998

Body movements

Rigid, tense body posture

Guarding

Fidgeting

Increased pacing, rocking

Restricted movement

Gait or mobility changes

Changes in interpersonal interactions

Refusing food, appetite change

Increase in rest periods

Sleep/rest pattern changes

Sudden cessation of common routines

Increased wandering

Mental status changes

Crying or tears

Increased confusion

Irritability or distress

Bron: Herr. K, decker, S. (2004) Older Adults With Severe Cognitive Impairment: *Assessment of Pain*.
Clinical Care and Aging. nr. 12(4), pp. 46-52